

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書 兼 被扶養者申請書

■ 提出期限：退職日の翌日から20日以内に健保必着

住友重機械健康保険組合 理事長 殿

郵送先住所：〒141-6025 東京都品川区大崎2-1-1

記入日 令和 年 月 日

申請者情報	保険証の記号番号		氏名 ※自筆の場合、捺印不要			生年月日			年齢
	1	-				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			歳
	退職時に勤務していた事業所		退職日			メールアドレス			
			令和 年 月 日			※退職後、任意継続に関してのご連絡がある場合に利用します			
	現住所					電話番号			
	〒 -					自宅 - -			
						携帯 - -			
	注) 転居予定のある方は、転居先住所					電話番号			
	〒 -					自宅 - -			
						転居予定 年 月 日頃			

保険料の納付方法 次のいずれかに必ず✓をしてください。

- 前納（加入月～翌年3月）
 月払い（短期のみ本人振込）
 月払い（自動引落）

被扶養者申請の有無（いずれかに✓） 無し 有り（人）

在職中に扶養に入れていた家族がいる場合、その全員について記入してください。
 そのうち、任意継続申請と同時に扶養家族を外す場合は、下記「扶養除外」に○をつけ、「被扶養者異動届（扶養終了）」を必要書類と併せてご提出ください。

被扶養者情報	ふりがな氏名	続柄	生年月日			扶養継続/除	同別居	職業	年間収入額
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 除外	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 除外	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	万円
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 除外	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	万円
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 除外	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	万円

口座情報	給付金等の振込先口座（健保組合から給付金をお支払いする場合の口座になります）								
	銀行名 ※ゆうちょ銀行以外				支店名		種別	口座番号（右詰め記入）	
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> その他				支店（出張所）		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
	銀行コード				支店コード				

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用いたしません。

【健保記入欄】

記号		番号	
資格取得	令和	年	月 日
資格喪失時 標準報酬月額	千円		
決定報酬月額	千円		

常務理事	事務長	担当	受付

受付日付印