

## 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 6 年 3 月 00 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 - 123456	住重 健太	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 00 年 xx 月 xx 日	65 歳
	退職時に勤務していた事業所	退職日	メールアドレス	
	株式会社 住重健保	令和 6 年 2 月 29 日	0000.xxxx@shi-g.com <small>※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</small>	
	現住所		電話番号	
	〒141-xxxx 東京都品川区大崎xx-xx		自宅 03 - 0000 - xxxx	携帯 080 - 0000 - xxxx
	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 ( 1 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。

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
すみじゆう やすこ 住重 康子	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 00 xx xx	<input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 除外	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	無職	万円
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<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	<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	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 除外	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		万円

 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)
0000 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> その他	xxx 支店 (出張所)	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	1 2 3 4 5 6 7
銀行コード	支店コード		
xxxxxx	0000		

※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