常務理事	事務長	業務部長	業務課長	業務係長	担当者

健康保険　任意継続被保険者　資格取得申請書

◎資格喪失日から２０日以内（健康保険法第３７条規定）に当組合へご提出ください。

提出書類
①健康保険任意継続被保険者資格取得申請書
②誓約書
③住民票（世帯全員が記載されたもの）

留意事項

①被保険者資格期間は原則として2年間です。（後期高齢者医療の被保険者となった場合を除く。）
②保険料は全額自己負担です。
③保険料の納付には前納制度があります。ご希望の場合は当組合までご連絡ください。

※組合記入欄（記入しないでください。）		
記号－番号	資格取得日	標準報酬月額
９９９　－	令和　　年　　月　　日	千円

※被保険者記入欄（資格喪失時の事業所名等をご記入ください。）					
被保険者等 記号－番号	記号　番号 －　　－	事業所名			
資格喪失日	令和　　年　　月　　日　※退職日等の翌日をご記入ください。				
フリガナ		性別	男・女	資格確認書 発行要否	
氏名				☐ 発行が必要	
生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		年齢	歳	
現住所	〒　－				
電話番号	－　　－	携帯電話番号	－　　－		

※退職時に被扶養者として認定されている方を引き続き扶養に入れる場合、ご記入ください						
被扶養者の氏名	生年月日 性別	続柄 年齢	同居区分	職業	月収入	資格確認書 発行要否
	昭・平・令　年　月　日 男・女	歳	同居 別居	無職・学生 パート・アルバイト	円	☐ 発行が必要
被扶養者の氏名	生年月日 性別	続柄 年齢	同居区分	職業	月収入	資格確認書 発行要否
	昭・平・令　年　月　日 男・女	歳	同居 別居	無職・学生 パート・アルバイト	円	☐ 発行が必要
被扶養者の氏名	生年月日 性別	続柄 年齢	同居区分	職業	月収入	資格確認書 発行要否
	昭・平・令　年　月　日 男・女	歳	同居 別居	無職・学生 パート・アルバイト	円	☐ 発行が必要
被扶養者の氏名	生年月日 性別	続柄 年齢	同居区分	職業	月収入	資格確認書 発行要否
	昭・平・令　年　月　日 男・女	歳	同居 別居	無職・学生 パート・アルバイト	円	☐ 発行が必要

注）① ご記入のない被扶養者は資格削除となります。欄が足りない場合は、もう１枚申請書をご利用ください。
② 被扶養者の収入がわかる書類等、添付書類が必要な場合があります。当組合のホームページをご覧ください。
③ 新たに扶養申請を行う場合は、当組合へご連絡ください。

受付日付印

提出先　**〒110-8639　東京都台東区東上野１－１３－１４**
関東百貨店健康保険組合　業務第一課

ＴＥＬ　**０３－３８３３－６１４１**

※ご不明な点がございましたら当組合までご連絡ください。