

※ご記入前に公文健康保険組合のホームページ「退職したとき」をご覧ください。

健保組合決裁欄		
常務理事	事務長	係
受付年月日	年 月 日	
決定年月日	年 月 日	

## 任意継続被保険者資格取得申請書 兼 被扶養者申請書

この申請書は、退職した日の翌日から20日以内に事業主経由で健康保険組合に提出してください。

▼太線枠内はすべてご記入下さい。

在職時交付を受けていた被保険者証の				被保険者氏名		性別	生年月日	
記号 (3桁)	1	0	1	番号 (5桁)	165432	(フリガナ) ホシ タイヨウ 星 太陽	男	S・H 40年5月1日
退職後住所				連絡先(電話番号)		メールアドレス		
〒555-5555 大阪市淀川区南中島1-2-3				自宅: 06-6777-8888 携帯: 090-3456-7890		hosi@kirara.ne.jp		
資格取得年月日(健保加入日)		資格喪失年月日(退職日翌日)		退職時の所属事業所名		退職時の標準報酬月額		
平成27年4月1日		平成27年7月1日		(株) 公文教育研究会		530 千円		
保険料納付方法を右から選択して下さい			①月払い		②前納(半期毎払い)		③前納(全期一括払い)	
※35歳以上の方はご回答下さい 本年度の人間ドック等を			6月に受診した・未受診		※35歳以上の被扶養者を有する方はご回答下さい その被扶養者の方は生活習慣病健診等を		6月に受診した・未受診	

捨印欄

星

く同被  
だじ保  
さい險  
。印者  
を氏  
押名  
し欄  
しと

▼被扶養者の申請をする場合は、下段太線枠内もご記入ください ※扶養状況届出書と(必要に応じて)各種証明書を添付

扶養する家族の氏名	性別	生年月日	続柄	同居の有・無	職業	収入の有無	※認定年月日 (健保記入欄)
(フリガナ) ホシ ツキコ 星 月子	男・女	S・H 40年10月20日	妻	同居	有(内容 パート勤務) ・無 ・学生(内容 )	有 ・無 内容 給与 年収 98万 円	平成 年 月 日
(フリガナ) ホシ テルオ 星 輝雄	男・女	S・H 61年12月12日	長男	同居 ・別居	有(内容 ) ・無 ・学生(内容 大学生)	有 ・無 内容 年収 円	平成 年 月 日
(フリガナ) ホシ チヨ 星 千代	男・女	S・H 10年11月30日	長女	同居 ・別居	有(内容 ) ・無 ・学生(内容 小学生)	有 ・無 内容 年収 円	平成 年 月 日
(フリガナ)	男・女	M・T・S・H 年 月 日		同居 ・別居	有(内容 ) ・無 ・学生(内容 )	有 ・無 内容 年収 円	平成 年 月 日

申請日 平成 27年 7月 3日

公文健康保険組合 理事長 殿

退職日の翌日以降に事業所より「任意継続資格取得申請書」が届出されます。その後、原則として7日以内に、簡易書留を使って、新しい保険証と保険料納付書をお届け住所宛に発送いたします。