

1

保険証に記載の
記号・番号を
ご記入ください。
(右詰め)

2

配属先ではなく、
本社等(適用事業所)
の情報をご記入ください。

3

「1. 口座振替(毎月納付のみ)」をご希望される方は、別途「預金口座振替依頼書」のご提出が必要です。依頼書は当組合までご請求ください。

「3. 6か月前納」

「4. 12か月前納」をご希望される方は、別途「健康保険任意継続被保険者保険料前納申出書」をご提出ください。

詳細は「健康保険任意継続被保険者保険料前納申出書」をご確認ください。

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

1

申請者情報	記号	1	2	3	4	5	生年月日	2	2	7	3			
	姓	ケンコウ 健康				名	タロウ 太郎		性別	男				
	〒	123 0000		愛知県名古屋市中区△△△1-1										
	住所	090 △△△△ 〇〇〇〇 □□□□マンション101												
	勤務先	株式会社〇〇〇〇					愛知県名古屋市〇区△△△1-1							
	入社日	19		4		1		退職日	2		4		1	

2

3

健康保険 被扶養者届【資格取得時】

4

氏名	生年月日	性別	続柄	職業	世帯主	年収(円)	扶養者の氏名
ケンコウ 健康	30 4 5	男	妻	無職	○	909,946	ケンコウ 健康
ハナコ 花子		女					
ケンコウ 健康	6 8 5	男	子	アルバイト	○	880,123	ケンコウ 健康
ソウタ ソウタ		男					
颯太 颯太		男					

2.557.262

4

被扶養者となられる方をご記入ください。
扶養認定を受ける方に収入がある場合は、添付書類が必要となります。
添付書類や被扶養者についての詳細は別途「被扶養者について」「添付書類一覧表」をご確認ください。

■資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内に、保険料と併せて当組合窓口もしくは現金書留にてご提出ください。また、資格喪失日より前のご提出は受付できませんのでご了承ください。

■保険料は個人によって異なりますので、当組合までお問い合わせください。

■提出・お問い合わせ先

〒460-0002 名古屋市中区丸の内3丁目1-35

名古屋薬業健康保険組合 業務課

TEL: 052-211-2439

HP: <https://www.meiyaku-kenpo.or.jp/>

(R3.8)