

| | | | | | | | | |
|------------------|--------|----------------------|-------|----------------------|-----|----------------------|-----|----------------------|
| 健 保 組 合 | 日 付 印 | | | 決 裁 | | | | 記号・番号 222 |
| | 受 付 | 入 力 | 証 発 行 | 常務理事 | 事務長 | 課(係)長 | 担 当 | |
| 記 入 欄 | 一般保険料 | <input type="text"/> | → | <input type="text"/> | × | <input type="text"/> | = | <input type="text"/> |
| | 介護保険料 | <input type="text"/> | → | <input type="text"/> | × | <input type="text"/> | = | <input type="text"/> |
| | 本人・家族 | | | | | | | |

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------|----------------|-----------|--------------|--------------------|------------------|------------------|-----------------|
| | | | 平成 年 月 日提出 | | | | | | |
| ① 記号 | ② 番号 | ③ 被保険者の氏名・性別 | | ④ 生年月日・年齢 | | | | | |
| | | 男・女 | | 昭和 平成 | 年 月 日 歳 | | | | |
| ⑤ 資格取得年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 | ⑥ 資格喪失年月日 | 平成 | 年 月 日 | | | | |
| ⑦ 資格喪失時の店所名 | | | ⑧ 資格喪失時の標準報酬月額 | | 千円 | | | | |
| ⑨ あなたがご利用の金融機関 ※ 付加給付金の振込まれる口座 自動引落しの口座ではありません。 | | フリガナ | | フリガナ | | | | | |
| | | 銀行 信用金庫 | | 支店 | | | | | |
| | | 店番号 | | 口座番号 | | | | | |
| ⑩ 保険料の納付方法 (<input checked="" type="checkbox"/> 選択してください。自動引落はできません。) | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 毎月払い <input type="checkbox"/> 1年前納 (年1回) <input type="checkbox"/> 6ヶ月前納 (年2回) <small>※ 1年前納: 4月(又は任継加入月)~3月(年度末)までの年1回払い 6ヶ月前納: 4月(又は任継加入月)~9月までと、10月(又は任継加入月)~3月(年度末)までの年2回払い</small> | | | | | | | | | |
| 任意継続被扶養者異動届 (被扶養者のいる方のみ記入) | | | | | | | | | |
| フリガナ | | 性 別 | 生 年 月 日 | | 被保険者との 続柄 | 被扶養者の過去 1年間の収入額 | 被保険者と被 扶養者の世帯 | 扶養開始又は 終了の年月日 | 公費 摘要 の有無 |
| 被扶養者の氏名 | | 男・女 | 明大昭平 | | | | 同世帯 | 年 月 日 | 有・無 |
| | | | 別世帯 | | | | | | |
| 被扶養者の氏名 | | 男・女 | 明大昭平 | | | | 同世帯 | 年 月 日 | 有・無 |
| | | | 別世帯 | | | | | | |
| 被扶養者の氏名 | | 男・女 | 明大昭平 | | | | 同世帯 | 年 月 日 | 有・無 |
| | | | 別世帯 | | | | | | |
| 被扶養者の氏名 | | 男・女 | 明大昭平 | | | | 同世帯 | 年 月 日 | 有・無 |
| | | | 別世帯 | | | | | | |
| 上記の通り申請致します。 | | | | | | | | | |
| ヤマトグループ健康保険組合理事長 殿 | | | | | | | | | |
| 申請者の住所 〒 | | | | | | | | | |
| 氏 名 ⑨ | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|--------|-----|-----|------|-----|-------|-----|--------------|
| 健 保 組 合 記 入 欄 | 日付印 | | | 決 裁 | | | | |
| | 受 付 | 入 力 | 証発行 | 常務理事 | 事務長 | 課(係)長 | 担 当 | 記号・番号 222 |
| 一般保険料 | | → | × | = | | | | } |
| 介護保険料 本人・家族 | | → | × | = | | | | |
| | | | | | | | | (. 月分) |

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

| | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|----------------------|--------------------|-------------|-------------|
| | | | 平成××年××月××日提出 | | | |
| ①記号 | ②番号 | ③被保険者の氏名・性別 | ④生年月日・年齢 | | | |
| 11 | 1 2 3 4 5 6 | 健 保 太 郎 (男)女 | 昭和××年××月××日××歳 平成 | | | |
| ⑤資格取得年月日 | | 昭和××年××月××日 平成 | ⑥資格喪失年月日 | | 平成××年××月××日 | |
| ⑦資格喪失時の店所名 | | ○ ○ (営) | | ⑧資格喪失時の標準報酬月額 | | × × × 千円 |
| ⑨あなたがご利用の金融機関 ※付加給付金の振込まれる口座 自動引落しの口座ではありません | | フリガナ ○ ○ ○ ○ 銀行 信用金 | | フリガナ ○ ○ ○ ○ 支店 | | |
| 店番号 | | × × × | | 口座番号 | | × × × × × × |
| ⑩ 保険料の納付方法 (<input checked="" type="checkbox"/> 選択してください。自動引落はできません。) | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 毎月払い <input type="checkbox"/> 1年前納 (年1回) <input type="checkbox"/> 6ヶ月前納 (年2回) | | | | | | |
| ※ 1年前納: 4月(又は任継加入月)~3月(年度末)までの年1回払い 6ヶ月前納: 4月(又は任継加入月)~9月までと、10月(又は任継加入月)~3月(年度末)までの年2回払い | | | | | | |

任意継続被扶養者異動届(被扶養者のいる方のみ記入)

| フリガナ | 性 別 | 生 年 月 日 | 被 保 険 者 と の 続 柄 | 被 扶 養 者 の 去 1 年 間 の 収 入 額 | 被 保 険 者 と 被 扶 養 者 の 世 帯 別 | 扶 養 開 始 又 は 扶 養 終 了 の 年 月 日 | 公 費 摘 要 の 有 無 |
|--------------|-----|---------------|-----------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------|
| ケンポ ハナコ | 男 | 明大 年 月 日 | | | 同世帯 | 年 月 日 | 有(無) |
| 健保 花子 | 女 | 昭 × × × × × × | 妻 | 無 | 別世帯 | × × × × × × | 有(無) |
| | 男・女 | 明大昭平 年 月 日 | | | 同世帯 別世帯 | 年 月 日 | 有・無 |
| | 男・女 | 明大昭平 年 月 日 | | | 同世帯 別世帯 | 年 月 日 | 有・無 |
| | 男・女 | 明大昭平 年 月 日 | | | 同世帯 別世帯 | 年 月 日 | 有・無 |

上記の通り申請致します。

ヤマトグループ健康保険組合理事長 殿

申請者の住所 〒 × × × - × × ×

○ ○ 県 ○ ○ 市 ○ ○ 町 × × - × ×

氏 名 健 保 太 郎

電話番号 × × × - × × × - × × × ×

