

○加入要件

- ・申請書は資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内に提出すること。
- ・資格喪失前日まで継続して2ヶ月以上被保険者であったこと。

健保組合	常務理事	事務長	係

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書

下記の通り申請します。 ◆住民票(写し可,発行から3ヶ月以内)の添付が必要です。

勤務していた時に使用していた被保険者証の			被保険者氏名・性別		
記号		番号	男・女		
住所・電話	〒				生年月日
					昭・平
	Tel ()				年 月 日
資格喪失の年月日(退職日の翌日)					
年 月 日					
勤務していた会社(事業所)の					
【名称】			【所在地】		
備考					

※資格喪失以前に被扶養者であった方を引き続き被扶養者とする場合は、以下の「健康保険被扶養者(異動)届」欄に記入してください。

<健康保険 被扶養者(異動)届>

(退職以前に認定を受けていた被扶養者で被保険者に扶養されている者)

被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	同居別居の 区別	職業/年間収入	備考
	昭・平・令 年 月 日	男 女		同居・別居	万円	
	昭・平・令 年 月 日	男 女		同居・別居	万円	
	昭・平・令 年 月 日	男 女		同居・別居	万円	

【送付先(問い合わせ先)】

受付印

〒135-8073

東京都江東区青海2丁目4番32号 タイム24ビル5階東棟

システナ健康保険組合 任継担当 宛て

TEL 03-5530-3671