


健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

太枠内を全て記入し、口座振替依頼書と合わせて会社へ提出してください。

加入条件：退職日まで継続して2ヵ月以上被保険者であること

申込期限：退職日の翌日から20日以内に会社経由で健保に届くこと(必着) 注：申込期限を過ぎると加入できません。

記号 (右づめ)		番号 (右づめ)		フリガナ		ケンポ タロウ		
4	7	0	0	1	2	3	4	
会社名 ケンポ株式会社				生年月日 昭和 32 年 1月 9日		退職日 平成 29年 12月 31日		
現住所		〒 471 - 0026 愛知県豊田市若宮町2丁目66番地						
連絡先 (自宅)		0565-41-8141		連絡先 (携帯電話)		090-0000-XXXX		
退職後、現住所から転居(予定)のある場合のみ記入				連絡先		0565-28-6278		
変更後の住所		〒 471 - 0826 愛知県豊田市トヨタ町530番地1		転居予定日		1月 10日		
保険料引落先 ①か②を選択 ○を記入		<input checked="" type="radio"/>		① 三菱東京UFJ銀行からの口座振替 (毎月5日)				
		<input type="radio"/>		② ①以外の金融機関から口座振替 (前月27日) *金融機関での印鑑照合が必要 (ゆうちょ銀行、ネット銀行を除く)				
今までの扶養家族の有無		<input checked="" type="radio"/> 有 (2)人 ・ 無		ヘルシータイム 送付希望(無料)		<input checked="" type="radio"/> する ・ <input type="radio"/> しない		

(注)引続き扶養を希望される方のみご記入ください (ご記入が無い方は、任意継続から被扶養者資格がなくなります)。

(注)収入基準：(60歳未満)年間130万円未満/月108,334円未満、(60歳以上または障害年金受給者)年間180万円未満/月150,000円未満

被扶養者届	氏名	続柄	生年月日	性別	収入有無
	(フリガナ) ケンポ クミコ 健保 組子	妻	昭和 35 年 3月 12日	女	あり (70,000)円/月 なし
(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	長女	昭和 8 年 8月 18日	女	あり ()円/月 なし	
(フリガナ)		昭和 年 月 日		あり ()円/月 なし	
(フリガナ)		昭和 年 月 日		あり ()円/月 なし	
(フリガナ)		昭和 年 月 日		あり ()円/月 なし	

【健保記入欄】

記号	番号	退職時の標準報酬月額		年齢	介護保険 (40~64歳)	
9800		改定	千円	歳	有 ・ 無	
納付方法			決定月額 (※算定時注意)	保険料額		
UFJ ・ MBS ()			千円	円		
喪失日		喪失届 確認日	/	保険証 回収日	/	発送
平成 年 月 日						
初回分振込用紙 (月分)	/	納付 期限	/	金額	入金 日	/
(月分)	/	納付 期限	/	金額	入金 日	/
備考						

【お問い合わせ先】

トヨタ関連部品健康保険組合

TEL 0565-41-7412

FAX 0565-37-3070