

健康保険 任意継続被保険者
資格取得申請書(兼) 扶養申請

常務理事	事務長	担当者

※太枠内をもれなく記入願います

令和 年 月 日

三菱電機ビルソリューションズ健康保険組合 御中

被保険者	記号		番号		資格喪失日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	
	氏名	フリガナ			生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	任意継続となった後の 連絡先住所	〒	-	TEL:	携帯:	資格確認書発行要否 ※	
	住民票の住所						<input type="checkbox"/> 発行が必要 上記と同じ場合は「同上」で可
被保険者が勤務していた事業所	会社名						
	所属	本社・支社		部・支店	課(G)・営業所		
	所在地						
退職日に被扶養者であった者が、どのような状況になるかを記載してください。							
退職日時点の状況(被扶養者全員を記入)		任意継続となる際 どのようなようになるか (いずれかに○)		任意継続となった後の状況 (引き続き被扶養者としていた者について記入)			資格確認書発行要否 ※
フリガナ 氏名	生年月日	続柄					
	昭・平・令 年 月 日		・引き続き扶養する (右欄記入)⇒ ・扶養しない ⇒資格喪失証明 要・否	同居・別居	収入:有→年間収入()・無	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
	昭・平・令 年 月 日		・引き続き扶養する (右欄記入)⇒ ・扶養しない ⇒資格喪失証明 要・否	同居・別居	収入:有→年間収入()・無	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
	昭・平・令 年 月 日		・引き続き扶養する (右欄記入)⇒ ・扶養しない ⇒資格喪失証明 要・否	同居・別居	収入:有→年間収入()・無	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
保険料の 納入方法	保険料の納入方法を次の中から選択し、番号に○をつけて下さい。 ・保険料は健保組合指定の納付書やATM、ネットバンキング等で振り込み、手数料は被保険者の負担になります。 ・資格取得後、納入方法の変更はできません。						
	1. 毎月納付 2. 前納(通年) 3. 前納(半期)						
健保給付金 等の振込先 金融機関	・保険給付・還付金等がある場合には健保組合から直接支給しますので、振込み先の金融機関口座 (本人名義に限る)を記入してください。※保険料引き落としの為の口座ではありません。 ・ゆうちょ銀行を指定する場合、口座の記号・番号を店番・店名・口座番号に変換する必要があります。 ゆうちょ銀行窓口、HPまたはコールセンター(0120-108-420)にてご確認の上ご記入ください。						
	銀行・信託・信金・労金・農協			支店・出張所			
	(金融機関コードNo.)			(店番No.)			
種別	普通	口座 番号		口座名義			
確認欄 <input type="checkbox"/>	この届出については、1又は2の要件を満たしたものである。 1. 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 2. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。						

任意継続 被保険者	資格取得日	令	年	月	日
	記号	99	番号		
	資格喪失時の標準報酬月額	千円			
	上限標準報酬月額	千円			
決定標準報酬月額	千円				

※:資格確認書の発行について
「発行が必要」に✓を付けた場合は、
必ず「資格確認書交付申請書」も
併せて提出ください。