

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

住友化学健康保険組合...御中

下記のとおり申請します。
なお、届出事項に変更がある場合には遅滞なくお届けします。

令和 年 月 日

事業所（ ）

健 保 組 合	常務理事	担当者	人 事 担 当 部 門	責任者	担当者

被 保 険 者 欄	被保険者の記号・番号		氏 名		生 年 月 日	性別	年令	銀 行 口 座	
	1 0 -		(フリガナ)		昭和・平成・令和	男	才	銀 行 名	銀行
					年 月 日	女			支店
	退 職 後 住 所							預金種別	普通 ・ 当座
	〒							口座番号	
(電話番号)								口座名義	
被 扶 養 者 欄	続柄	性別	氏 名	生 年 月 日	職業または 学校・学年	年間収入額 (円)	障害厚生年金 受給の有無	同居 別居	別居の場合の住所
			(フリガナ)	昭・平・令			有・無	同・別	
				年 月 日					
			(フリガナ)	昭・平・令			有・無	同・別	
				年 月 日					
			(フリガナ)	昭・平・令			有・無	同・別	
				年 月 日					
			(フリガナ)	昭・平・令			有・無	同・別	
				年 月 日					
任継資格		資格取得年月日（退職日翌日）		資格喪失予定年月日		標準報酬月額		資格喪失時	任継取得時
		令和 年 月 日		令和 年 月 日				千円	千円

※太枠内をご記入ください。

【提出先】 人事担当部門