

※事務局使用欄

任意継続被保険者	
記号	番号
999	

常務理事	事務長			扱者

2 1 この申請書は被保険者資格喪失の日（退職の翌日）から20日以内に当組合事務所に提出しなければ無効になります。

健康保険 任意継続被保険者資格取得 申出書

横浜港運健康保険組合

退職時の被保険者記号番号 又は個人番号	記号 個人番号	番号	フリガナ 氏名				男・女	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日							
退職後の住所を記入して下さい	〒					資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
自宅電話番号（必ず記入）	-		携帯電話番号	-				
緊急連絡先は、本人の住所と異なる親族等の方を記入して下さい。								
緊急連絡先	フリガナ 氏名	本人との続柄	電話番号	-				
※扶養家族を申請する場合は、必要な書類を提出して頂くことがあります。								
被扶養者申請欄	氏名	性別	生年月日	続柄	職業 (学生)	同居 別居の別	年金・恩給 の受給	資格確認書 発行要否
		男・女	昭 平 令 年 月 日 (才)			1. 同居 2. 別居	1. 有り 2. 無し	<input type="checkbox"/> 発行が必要
		男・女	昭 平 令 年 月 日 (才)			1. 同居 2. 別居	1. 有り 2. 無し	<input type="checkbox"/> 発行が必要
		男・女	昭 平 令 年 月 日 (才)			1. 同居 2. 別居	1. 有り 2. 無し	<input type="checkbox"/> 発行が必要
別居している方の住所を記入（該当者のみ）								
資格喪失時（退職）の事業所		名称						
		住所						
資格喪失年月日（退職日の翌日）		令和 年 月 日						
資格喪失時の標準報酬月額（退職時）		千円						
保険料の納付方法 (希望する番号に○印をしてください。)		1 <input type="checkbox"/> 口座振替（別途、預金口座振替依頼書が必要です。） 2 <input type="checkbox"/> 納付書で毎月納付						
◎健保組合からの保険給付金の振込先・預金口座								
金融機関名	名称	フリガナ	預金種目	普通・当座				
	支店	フリガナ	口座番号					
		フリガナ	預金者名					

組合使用欄

<初回> 令和 年 月分保険料 … 令和 年 月 日 納付済み

<口座振替> 令和 年 月分(令和 年 月 日 引き落とし) 分から

備考

受付印