

受付日 令和 年 月 日

決		済	
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請書

資格喪失時証 被保険者	記号	番号	被保険者氏名	フリガナ
			生年月日	昭・平 年 月 日
勤務されていた 事業所名				
資格喪失の際の 組合の名称	三重交通健康保険組合			
住所	〒 -			
氏名				
電話番号	※日中連絡の取れる番号をご記入ください。			
保険料納付方法 (希望する納付方法に○印をつけてください)	1. 単月 2. 半期前納 (取得日より9月もしくは3月まで) 3. 年間一括前納 (取得日より翌年の3月まで) ※9月～2月取得の人は選べません			

保険給付金等振込先(※保険料の自動引落はできません)						
フリガナ						
銀行・農協 信用金庫 信用組合					本店 出張所	
種目	口座番号(右ヅメ)					
普通						
口座 名義人	フリガナ					

※裏面も必ずご記入ください。

保険料の納付期限について

1. 単月・・・毎月10日まで
2. 半期前納・・・任継資格取得月の月末日
3. 年間一括前納・・・任継資格取得月の月末日

* 保険料は喪失日より20日以内に納付しなかった場合は、資格喪失(取消)となりますので、ご注意ください。

上記のとおり申請します

三重交通健康保険組合 御中

健 保 記 入 欄	資格喪失日	令和 年 月 日	保険料月額	円
	資格喪失の際の 標準報酬月額	千円	納付日	/ 前納 円
	任継保険証記号番号	60 -	振込・	合計 円

被 扶 養 者 申 請 書

引続き被扶養者として加入する 家族の氏名（フリガナ）		性別	生 年 月 日	申請者 との続柄	同居の 有・無	職 業	収入（年間）の有無
		男・女	昭平令 年 月 日		同居 ・ 別居		有 ・ 無 円
		男・女	昭平令 年 月 日		同居 ・ 別居		有 ・ 無 円
		男・女	昭平令 年 月 日		同居 ・ 別居		有 ・ 無 円
		男・女	昭平令 年 月 日		同居 ・ 別居		有 ・ 無 円
		男・女	昭平令 年 月 日		同居 ・ 別居		有 ・ 無 円
		男・女	昭平令 年 月 日		同居 ・ 別居		有 ・ 無 円
		男・女	昭平令 年 月 日		同居 ・ 別居		有 ・ 無 円

* 喪失の際認定されていたご家族についてご記入ください。

上 記 の と お り 申 請 し ま す

三 重 交 通 健 康 保 険 組 合 御 中

収入欄には次の合計金額をご記入ください。

- ・ 勤労収入（含 パート・アルバイト・内職）
- ・ 各種年金
- ・ 事業収入（自営・農林漁業等）
- ・ 恩給収入
- ・ その他実質的に収入と認められるもの