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

勤務していた時の被保険者記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	フリガナ
			生年月日	昭・平　　年　　月　　日
勤務していた事業所名				
資格喪失の際の組合の名称	三重交通健康保険組合			
住所	〒　　－			
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月又は翌年の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 支店 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。

上記のとおり申請します

三重交通健康保険組合　御中

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・・・・任意継続の資格取得月の月末日
3. 年間一括前納・・・・任意継続の資格取得月の月末日

＊納付期限までに初回保険料が納付されなかった場合は、任意継続の資格が取消となりますので、ご注意ください。

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
任意継続者記号番号	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。

収入欄には次の合計金額をご記入ください。

- 給与収入（賞与、パート、アルバイト、内職含
- 各種年金（老齢、遺族、障害、企業、個人年金
- 事業収入（自営、不動産、農林漁業等）
- 雇用保険給付金、傷病手当金、出産手当金等
- その他実質的に収入と認められるもの

上記のとおり申請します

三重交通健康保険組合　御中