

健康保険任意継続
被保険者資格取得申請書
兼被扶養者（異動）届

※健康 保記 入欄	※任意継続被保険者証		※資格喪失の時の	※任意継続決定
	※記号	※番号	標準報酬月額	標準報酬月額
	8888		千円	千円

常務理事	事務長	担当

記入日 平成 年 月 日

申 請 者 記 入 欄	申請者の氏名		性別	生年月日		資格取得の年月日（退職日の翌日）		在職中の被保険者証記号・番号					
	フリガナ 印		男・女	S H	年 月 日		平成 年 月 日		—				
	申請者の住所												
	〒												
	TEL ()												
	在職中の被保険者証に記載してある事業所名		社名				備考						
			所在地										
	保険給付金等の振込先		銀行・農協 信用金庫 信用組合			本店 支店 出張所	種目	口座No. (右ヅメ)				店舗No.	
							1. 普通						
							2. 当座						
被扶養者（異動）届													
氏名		性別	生年月日		続柄	職業	収入 (年額)	被保険者との世帯別 現住所	被扶養者となる日		被扶養者となる理由		
フリガナ		男・女	S H 年 月 日				円	同世帯 別世帯	H 年 月 日				
			〒 -										
フリガナ		男・女	S H 年 月 日				円	同世帯 別世帯	H 年 月 日				
			〒 -										
フリガナ		男・女	S H 年 月 日				円	同世帯 別世帯	H 年 月 日				
			〒 -										

横河電機健康保険組合

【注意】

上記申請者記入欄はすべて記入してください（取得処理をするための必須項目です）。

【収集する個人情報について】

本申請書に記入された個人情報は、本申請書に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。