

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

決裁 年 月 日			
常務理事	事務長	係	係

○ 次のことにあてはまる方が資格取得できます

1. 被保険者でなくなった日の前日まで継続して2カ月以上被保険者であったこと
2. 被保険者でなくなった日から20日以内に健康保険組合の事務所へ届くように申請しなければならないこと。

(1日でも遅延しますと受理されません)

「※」印欄は記入しないでください。

記号・番号		90		※		資格喪失時の健康 保険被保険者証の記号				資格喪失時の健康 保険被保険者証の番号				生 年 月 日					
						昭和 平成													
被 扶 の 養 有 者 無	無0	申請者の 氏名	フリガナ				性別	申請者の 住所	フリガナ										
	有1			男 ・ 女															
連 絡 先(必ずご記入願います)						資格取得年月日				資格喪失予定年月日				標準報酬月額		決 定 報酬月額		保 険 料	
自宅:() —						※													
携帯:																			
メールアドレス:																			
最後に被保険者として 使用されていた事業所 (本社の住所)		名 称		最後に被保険者の 資格を喪失した年月日 (退職日の翌日)				令和											
		所在地																	

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)																			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※マイナンバーを記載した場合は書留など追跡可能な方法で送付をお願いします。

< 提出先 >
 〒060-0003 札幌市中央区北3条西1丁目2番地
 サンワビル1F

 TEL 011-212-2841

 エア・ウォーター健康保険組合

被扶養者の氏名		続柄	被扶養者の氏名		続柄
1	(氏) (名) 昭・平・令 年 月 日		4	(氏) (名) 昭・平・令 年 月 日	
2	(氏) (名) 昭・平・令 年 月 日		5	(氏) (名) 昭・平・令 年 月 日	
3	(氏) (名) 昭・平・令 年 月 日		6	(氏) (名) 昭・平・令 年 月 日	