

健康保険任意継続被保険者資格申請書 兼被扶養者異動届

※この申請書は、退職した日の翌日から20日以内に直接本人が保険料を添えて申請してください。

使用されている事業所名称	資格取得日（入社した日）		昭和 平成	年	月	日	任 継 記 号 9000	任 継 番 号		
組合の名称	大阪織物商健康保険組合		平成	年	月	日				
在職中の被保険者証の記号・番号	記 号		フリガナ				男 女	生 年 月 日	年 齢	
	番 号		氏 名					昭和・平成		年 月 日
申請者の住所 電話番号	〒		-				※退職理由	1定年退職	2自己都合	3倒産・解雇
TEL	()							4雇い止め	5事業主からの働きかけによる退職	
※備 考							6期間満了		7その他の理由 () による退職	

被扶養者氏名	生年月日	続柄	世帯	収入
氏 名			同居 別居	万円
昭和・平成	年 月 日			
※備 考				

被扶養者氏名	生年月日	続柄	世帯	収入
氏 名			同居 別居	万円
昭和・平成	年 月 日			
※備 考				

被扶養者氏名	生年月日	続柄	世帯	収入
氏 名			同居 別居	万円
昭和・平成	年 月 日			
※備 考				

被扶養者氏名	生年月日	続柄	世帯	収入
氏 名			同居 別居	万円
昭和・平成	年 月 日			
※備 考				

被扶養者氏名	生年月日	続柄	世帯	収入
氏 名			同居 別居	万円
昭和・平成	年 月 日			
※備 考				

被扶養者氏名	生年月日	続柄	世帯	収入
氏 名			同居 別居	万円
昭和・平成	年 月 日			
※備 考				

※退職理由が3～6及び7の理由では、雇用保険の「特定受給資格者」または、「特定理由資格者」に該当する場合があります、国民健康保険保険料の軽減措置を受けられることがあります。
 ※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
 （マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

標準報酬月額

千円

適用年月

年 月

毎月

前期

後期

全期

保険料

本人・代理・郵便

納付方法の確認

納付期日の説明

納付用紙手渡し

月分確かに受け取りました

署名