

ルネサス健保使用欄

決裁	常務理事	事務長	主任	担当

ルネサス健康保険組合御中

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

提出日 令和 年 月 日 申請書は退職後20日以内に健保組合に届くよう提出して下さい。

基本情報												枝番(-00)記入は不要です。											
被保険者証の記号・番号												フリガナ											
記号		番号 (右詰め)		被保険者 氏名																			
性別		生年月日			退職時年齢		退職日付			退職時勤務していた事業所(会社)名													
男 女		昭和 平成		年 月 日		才 令 和		年 月 日															
現住所		〒										TEL :											

申請内容													
保険料 納付方法		1. 自動引落 2. 振込				健保 記入欄		引落開始		令和 年 月		分保険料	
保険料 納付単位		1. 月払い 2. 半年前納 3. 1年前納						前納開始		令和 年 月		分保険料	

給付金振込先													
下記、金融機関(ゆうちょ銀行含む)を選択して、被保険者名義の口座内容を記入して下さい。													
金融 機関		銀行、農・漁協 信用金庫 信用組合・労働金庫				銀行コード		本店 支店 出張所		支店コード			
		種別		総合・普通 当座		口座番号							

一般被保険者時と扶養家族が同じ場合は、その氏名を記入してください。 新規に扶養家族となる方がいる場合は、別途「被扶養者申請書」を提出してください。													
健保記入欄: 扶養認定													
被扶養者氏名(フリガナ)		性別	続柄	生年月日				備考		年 月 日		理由	
		男 女		昭和 平成 令和				令和					
		男 女		昭和 平成 令和				令和					
		男 女		昭和 平成 令和				令和					
		男 女		昭和 平成 令和				令和					

健保 確認 欄	任継加入前 被保険者期間		自 年 月 日		至 年 月 日	
	任継取得年月日		令和 年 月 日			
	喪失時標報				千円	
	任継の標報				千円	

インプット		証発行	

受付日付印

<書類の送付先>

〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1
ルネサス健康保険組合 業務係