

ビックカメラ健康保険組合理事長殿

決		裁	
常務理事	事務長		扱 者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

① 健康保険 被保険者証の 記号及び番号	記号	番号	② 被保険者の 氏名・性別	性別	男・女
			③ 生年月日	昭和 平成	年 月 日
④ 資格喪失の年月日 (離職日の翌日)			年 月 日	⑤ 資格喪失の際の 標準報酬月額	千円
⑥ 資格喪失 時に使用 されていた 事業所	名 称				
	所在地				
⑦ 資格喪失の際の 組 合 名 称			ビックカメラ健康保険組合		

※在職中から引き続き扶養者を申請される方は下記にご記入ください。
ご記入がない場合は、扶養家族に引継ぎをいたしません。

	氏名	性別	生年月日	続柄	同別居	収入	職業
							年間収入
被扶養者		男・女	(昭和・平成・令和) 年 月 日		同居・別居	有・無	円
		男・女	(昭和・平成・令和) 年 月 日		同居・別居	有・無	円
		男・女	(昭和・平成・令和) 年 月 日		同居・別居	有・無	円
		男・女	(昭和・平成・令和) 年 月 日		同居・別居	有・無	円

年 月 日 上記のとおり申請します。

氏名		電話	(自宅) — — (携帯) — —
住所	〒 — —		

<ご注意>

この申請書の提出期限は、資格喪失の日(退職した日の翌日)から20日以内です。

決		裁	
常務理事	事務長		扱者

記入見本

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

① 健康保険被保険者証の記号及び番号	記号 1 番号 1111	② 被保険者の氏名・性別	健保 太郎 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
退職日の翌日が資格喪失日です (例:3月31日退職の場合は、4月1日になります)		③ 生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 55 年 4 月 1 日
		⑤ 資格喪失の際の標準報酬月額	
④ 資格喪失の年月日		令和3 年 6 月 1 日	
⑥ 資格喪失時		お勤めされていた 会社 の名称をご記入ください ※店舗・部署名ではありません	
事業所		株式会社ビックカメラ	
所在地		東京都豊島区高田3-23-23	
⑦ 資格喪失の際の組合名称		ビックカメラ健康保険組合	

※在職中から引き続き扶養者を申請される方は下記にご記入ください。
ご記入がない場合は、扶養家族に引継ぎをいたしません。

被扶養者	氏名	性別	生年月日	続柄	同別居	収入	職業
							年間収入
	健保花子	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	(<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和) 55 年 6 月 20 日	妻	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	パート 820,000円
	健保太一	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	(<input type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和) 13 年 4 月 21 日	長男	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	大学2年生 0円
	健保華子	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	(<input type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和) 20 年 2 月 5 日	長女	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	中学2年生 0円
	健保次郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	(<input type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和) 27 年 8 月 15 日	次男	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	幼児 0円

令和3年 **6**月 **1**日 申請する日付をご記入ください 上記のとおり申請します

退職後連絡の取れる電話番号をご記入ください

氏名	健保 太郎	電話	(自宅) - - - (携帯) 090-XXXX-XXXX
住所	〒171-0033 東京都 ■ ■ 区 △ △ ● - ● ● - ● ● ●		

現在お住まいの住所をご記入ください
保険証・納付書はこちらの住所に郵送いたします

(退職した日の翌日)から20日以内です。