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 健康保険被保険者等記号・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。

（R3.8）

決		裁	
常務理事	事務長		扱　者

ビックカメラ健康保険組合理事長殿

記入見本

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

① 健康保険被保険者等記号・番号	記号	1	番号	1 111	② 被保険者の氏名・性別	健保　太郎	性別 男・女
					③ 生年月日	昭和・平成 55 年 4 月 1 日	
④ 資格喪失の年月日	令和 3年 6月 日				⑤資格喪失の際の標準報酬月額	2 8 千円	
⑥ 資格喪失時に属していた事業所	名称	株式会社ビックカメラ					
	所在地	東京都豊島区高田３－２３－２					
⑦ 資格喪失の際の組合名称	ビックカメラ健康保険組合						

退職日の翌日が資格喪失日です

不明の場合は未記入で結構です

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

お勤めされていた会社の本社所在地をご記入ください

※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	男・女	（昭和・平成・令和） 55 年 6 月 20日	妻	同居・別居	有・無	パート / 820,000円
	健保太一	男・女	（昭和・平成・令和） 13 年 4 月 21日	長男	同居・別居	有・無	大学2年生 / 0円
	健保華子	男・女	（昭和・平成・令和） 20 年 2 月 5 日	長女	同居・別居	有・無	中学2年生 / 0円
	健保次郎	男・女	（昭和・平成・令和） 27 年 8 月 日	次男	同居・別居	有・無	幼児 / 0円

申請する日付をご記入ください

令和 3年 6月 1 日 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－××××－●●●●
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
資格情報のお知らせ・納付書はこちらの住所に郵送いたしま

＜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。

（R3.8）