健康保険 任意継続被保険者資格取得申出書

確認年月日	係	事務長	常務理事

勤務していた時の健康保険被保険者証記号および番号	記号（左づめ）　番号（左づめ）	資格喪失年月日（退職日の翌日）	令和　年　月　日
氏 名	フリガナ	（性別）□男 □女	（生年月日）□昭和 □平成　年　月　日
資格喪失の際の標準報酬月額	千円		
資格喪失の際勤務していた事業所	（名 称）	（所在地）	
住　所	〒　－ ※郵便物送付に使用しますので、転居の場合は必ず九電健保にご連絡下さい。	（電話番号）※日中の連絡先 －　－	

保険料納付方法・給付金振込口座

（1）ゆうちょ銀行口座からの自動振替（退職日の10日前までに郵便局にてお手続きください。）

□ 月払い　□ 前払い（半年）　□ 前払い（1年）

〔自動払込利用申込書(お客さま控)〕の写しを添付してください。
※口座名義人は被保険者に限ります。

【保険料振替・給付金振込口座】

通帳記号　通帳番号

（2）銀行（ゆうちょ銀行含む）**等からの納付書による振込**（ゆうちょ銀行口座以外の口座からは振替はできません。）

□ 月払い　□ 前払い（半年）　□ 前払い（1年）

通帳またはキャッシュカードの写しを添付してください。
※口座名義人は被保険者に限ります。

【給付金振込口座】

金融機関名

金融機関コード　支店コード　普通預金口座番号

＊前払い〔半年・1年〕は保険料の割引があります。

健康保険被扶養者届

氏　名	続柄	性別	生　年　月　日	職業	年間収入	同居・別居
フリガナ		□男 □女	□昭和 □平成 □令和		万円	□同居 □別居
フリガナ		□男 □女	□昭和 □平成 □令和		万円	□同居 □別居
フリガナ		□男 □女	□昭和 □平成 □令和		万円	□同居 □別居
フリガナ		□男 □女	□昭和 □平成 □令和		万円	□同居 □別居

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、下記へ記入してください。
（マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人を確認するための添付書類が必要です。）

（マイナンバー）