

被扶養者資格取得申請書

記入例

(山善健康保険を任意継続する場合のみ記入)

※二重枠線内に記入してください。捺印箇所はありません。

◎※欄は記入しないでください。

<被扶養者の有無> 被扶養者がいない場合は 0.無 被扶養者がいる場合は 1.有 に○をつけてください。 被扶養者がいる場合は、被扶養者届を併せて提出してくだ										の氏名 山善 太郎										性別 1. 男 2. 女		生 年 月 日 5 昭和 7 平成											
被扶養者の有無 0. 無 1. 有										フリガナ オ オ サ カ シ ニ シ ク イ タ チ ホ リ 〒 550-0012 大阪市西区立売堀2丁目3番16号										住所 〒		フリガナ 〒											
住所欄の上段には住民票に記載された住所をご記入ください。なお現在居住している住所が住民票に記載の住所と異なる場合は、下段に居住している住所をご記入ください。										居住している住所 〒										住所		〒											
電話番号 —										最後に被保険者の資格を喪失した年月日 成 年 月 日 和										任意継続 資格取得年月日 ※ 7 平成 年 月 日 9 令和		任意継続 資格喪失予定年月日 ※		標準報酬月額 千円									
e-mail :										※電話番号、e-mailは連絡がつかぬものを必ず記載して下さい。(e-mailは添付ファイル付きメールを送信する場合もあるため、PCメールアドレスが望ましいです。)										成 年 月 日 和		※ 7 平成 年 月 日 9 令和		※									
給付金が発生した場合の振込先口座										銀行名 ○△銀行					支店名 ○△○支店					種目 1. 普通 2. 当座		口座番号 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○						口座名義 (本人名義のみ) フリガナ ヤマゼン タロウ 山善 太郎					
備考										備考										備考		備考											