

健保記入欄	資格取得年月日	令和 年 月 日	
	この欄は、健保組合で使用しますので、何も書かないでください。		
賞与長尺時標準報酬月額	千円	決定標準報酬月額	千円

常務理事	事務長	検算	係

提出先：アクサ生命健康保険組合

記入例

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

在籍時に使用していた被保険者証の記号番号	記号 103	番号 12345	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 〇 年 〇 月 〇 日
申請者の氏名等	(フリガナ) アクサ タロウ 阿草 太郎	性別 男・女	生年月日 昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日 平成 〇〇 年 〇 月 〇 日	退職時年齢 (〇 〇 歳)
退職後の住所	ご自宅の住所とお問い合わせ先を記入してください 東京都港区白金1-17-3 アクサ生命の方は全員、白金本社の住所を記入してください			
在籍時の事業所	名称 <input checked="" type="checkbox"/> アクサ生命保険株式会社 <input type="checkbox"/>	事業所所在地	東京都港区白金1-17-3	
保険給付金受取口座 (申請者名義の口座に限ります。)	※高額療養費など健保から振込の際に使用する口座です 給付金をお支払いする口座です 保険料の自動引落口座ではありません			
	金融機関名 〇〇〇 銀行・信金 信組・農協	支店名 △△△ 支店		
2回目以降の保険料納入方法 (いずれかに〇印)	ア. 毎月納付 イ. 前納 (年度末まですべて納付) ウ. 半期前納 (前期9月分までと後期10月分) 希望する納入方法を1つ選んで〇を付してください 記入がない場合は、毎月納付になります			
有効期限が残っている証 (家族分含む)	有 ・ 無 (無) ※有の方は、記号番号を更新し再度発行いたしますので、次の該当する証にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証			
申請する被扶養者 (家族)	有 (有) ・ 無			

被扶養者異動届

氏名	性別	生年月日	続柄	職業	収入月額	同居別居の別
(フリガナ) アクサ ランコ 阿草 蘭子	男 女 (女)	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日 平成 〇〇 年 〇 月 〇 日	妻	パート	65,000 円	同居 別居
(フリガナ) アクサ ジロウ 阿草 二郎	男 女 (男)	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日 平成 〇〇 年 〇 月 〇 日	長男	中学3年生	0 円	同居 別居
(フリガナ)	男 女	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日 平成 〇〇 年 〇 月 〇 日			円	同居 別居
(フリガナ)	男 女	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日 平成 〇〇 年 〇 月 〇 日			円	同居 別居

【備考】

当組合に伝えたいことがある場合、記入してください(任意)