

健保記入欄	取得伺い	被任意継続者	資格取得年月日	令和	年	月	日	
			資格喪失予定年月日	令和	年	月	日	
			被保険者証記号番号	980				
			資格喪失時標準報酬月額	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

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	番号	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日
申請者の氏名等	(フリガナ)		性別	生年月日			退職時年齢
			男・女	昭和 平成	年	月	日 (歳)
退職後の住所	〒 ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー 都道 府県						
在籍時の事業所	名称	<input type="checkbox"/> アクサ生命保険株式会社 <input type="checkbox"/>		事業所所在地			
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。						
	金融機関名	支店名		口座種別	口座番号		
	銀行・信金 信組・農協	支店		普通	●	●	●
2回目以降の保険料納入方法 (いずれかに○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月分から年度末の2回に分けて納付)						
有効期限が残っているアクサ生命健康保険組合が発行する証明書 (家族分含む) ※健康保険証は除きます。	有 ・ 無 ※有の方は、記号番号を更新し再度発行いたしますので、次の該当するもの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 ・ 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)	男	昭和 年 月 日			円	同居
	女	平成 年 月 日				別居
(フリガナ)	男	昭和 年 月 日			円	同居
	女	平成 年 月 日				別居
(フリガナ)	男	昭和 年 月 日			円	同居
	女	平成 年 月 日				別居
(フリガナ)	男	昭和 年 月 日			円	同居
	女	平成 年 月 日				別居

【備考】