

健康保險 任意繼續被保險者現況書

◆下記該当する項目を選択(□にチェック)し、必要事項を記入して下さい。

被保険者	記号 [*1]		番号 [*1]		氏名	(フリガナ) -----
------	------------	--	------------	--	----	-----------------

世帯状況	①	被保険者と同居しているご家族がいる場合は、右欄の内容をご記入下さい。(被扶養者除く)	氏名	生年月日	続柄	職業 (年収)	生活費の 共同負担	所属組合等
						()	☐ あり ☐ なし	☐ 国保 ☐ 組合等(被保険者)
						()	☐ あり ☐ なし	☐ 国保 ☐ 組合等(被保険者)
						()	☐ あり ☐ なし	☐ 国保 ☐ 組合等(被保険者)
						()	☐ あり ☐ なし	☐ 国保 ☐ 組合等(被保険者)
						()	☐ あり ☐ なし	☐ 国保 ☐ 組合等(被保険者)
収入状況(被保険者)の確認	②	失業給付	☐ 申請予定 ☐ 受給権なし ☐ 受給放棄 ☐ 受給延長					
	③	年金等の受給について	☐ 受給あり	内訳	・年金の種類 [] ・受給額/月 [円]			
			☐ 受給なし					
④	その他収入について	☐ 事業収入 [円] ☐ 不動産収入 [円] ☐ その他 [収入の種類 / 円] ☐ なし						

上記申請内容に相違ありません。

なお、収入の状況および扶養の実態に変更が生じ、手続きが必要となる場合には速やかに申請手続きを致します。

年 月 日

被保険者
氏名

印

※ 自筆の場合は捺印は不要です。

[*1]在職時の記号・番号をご記入下さい。

