常務理事	事務長	担当

任意継続被保険者資格取得申出書

（フリガナ） 申請者氏名		資格喪失時の 記号・番号	記号	番号
住所	〒 電話　（　）		退職前の従業員番号	
生年月日	昭和・平成　年　月　日		性別	男・女
メールアドレス		資格確認書 交付要否	□交付要	
資格取得の年月	平成／令和　年　月　日			
資格喪失の年月 （退職日の翌日）	令和　年　月　日			
資格喪失時の事業所	名称		所在地	
給付金等振込先	銀行　本店 金庫　支店	普通 当座	店番号	
	口座名義	カタカナで記入してください。	口座番号	
保険料納入方	1．毎月ごと　2．当年度分一括前納			

被扶養者記入欄

新たに扶養家族を申請する場合、別途「被扶養者異動届」のほか、添付書類一式の提出が必要です。
また、被扶養者となっていた方でも収入証明等が必要になる場合があります。

被扶養者氏名	性別	続柄	生年月日	資格確認書 交付要否
(フリガナ)	1. 男 2. 女		昭・平・令　年　月　日	□交付要
(フリガナ)	1. 男 2. 女		昭・平・令　年　月　日	□交付要
(フリガナ)	1. 男 2. 女		昭・平・令　年　月　日	□交付要

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日　　ヨドバシカメラ健康保険組合理事長　殿

※印の欄は、記入しないでください。

任意継続被保険者等 記号・番号	※	※
喪失予定年月日	※令和　年　月　日	
決定月額	※	

受付日付印