

SMBCコンシューマーファイナンス健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

記号	×	氏名	健康 太郎 (印)	性別	(男) ・ 女
番号	××××	生年月日	(昭和) 平成・令和 ××年××月××日	年齢	×× 歳
住所および電話番号	〒135-0091 東京都千代田区大手町×-× 自宅 03 (4321) 8765 携帯 090 (1234) 5678				
被扶養者の有無	(有) ・ 無	※「有」を「○」で囲んだ場合は、下記の「健康保険 被扶養者届【資格取得時】」をご記入ください。			
資格喪失の際使用されていた事業所	事業所名 (○で囲む)	・ SMBCコンシューマーファイナンス (株) ・ アビリオ債権回収 (株) ・ (株) SMBCモビット			
	住所	東京都中央区銀座4-12-15			
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	(平成) ・ 令和 ××年××月××日	資格喪失時の標準報酬月額	×××千円		
保険料納付方法 (選択して下さい)	単月納付 ・ 6ヵ月前納 ・ (12ヵ月前納) ※「6ヵ月前納」及び「12ヵ月前納」を希望された場合、資格取得年月日(資格喪失年月日)の属する月の月末までに前納保険料を納付していただく必要があります。				
本人名義の銀行口座	××××	(銀行) ・ 信用金庫	×××× (支店) 本店	口座番号(普通)	××××××

健康保健 被扶養者届【資格取得時】

- 任意継続被保険者の資格取得時に、被扶養者となられる方について記入してください。
- 資格取得日の翌日以降に被扶養者となられる方は、別途「被扶養者(異動)届」を提出してください。

被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の別
(フリガナ) ケンコウ ハナコ 健康 花子	(大正) 昭和 ××年××月××日 平成 令和	男 (女)	妻	主婦	×× 万円	(同居) ・ 別居
(フリガナ) ケンコウ イチロウ 健康 一郎	(大正) 昭和 ××年××月××日 平成 令和	(男) 女	長男	高校生	0 万円	(同居) ・ 別居
(フリガナ)	大正 昭和 年 月 日 平成 令和	男・ 女			万円	同居・別居
(フリガナ)	大正 昭和 年 月 日 平成 令和	男・ 女			万円	同居・別居

扶養に関する申立欄	上記の事実と相違ありません。申出者氏名 健康 太郎 (印)
※添付書類が提出できない事情がある場合は、事業所へ問合せください。	
配偶者が申出者の扶養とならないときは、その配偶者の年間収入を記入してください。	万円

・住所や振込口座等の変更があった場合は、速やかに健康保険組合に届出いたします。

SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿

令和 ××年××月××日

上記の通り、申請致します。

〒104-0061 東京都中央区銀座4-12-15 TEL 03-3543-8330
SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合 FAX 03-3543-8331

<健保記入欄>

任意継続記号・番号	・
標準報酬月額	(千円)
資格取得年月日	年 月 日
資格喪失年月日	年 月 日
納入方法	単 ・ 6 ・ 12

常務理事	事務長	担当者

受付印