任意継続被保険者　資格取得申請書

健保組合	常務理事	事務長	所属長	担当者

資格喪失の際所属していた事業所	記号・番号	16　－	標準報酬月額		千円	
	資格取得年月日	令和　年　月　日	事業所名称		事業所コード	
	資格喪失年月日（退職した日の翌日）	令和　年　月　日	※1回目の保険料は任意継続の資格取得月の保険料です。なお、給与で天引きされている保険料は、前月の保険料です。			

フリガナ		生年月日	昭・平　年　月　日	被扶養者	有・無
氏名					
フリガナ		電話番号	（　）　－		
住所	〒		携帯　－　－		

給付金受取先	銀行　本・支店		普通	口座番号	NO.	名義（カタカナ）	
	銀行番号	支店番号	★還付等がある場合に、当組合からお振込するための口座です。 銀行の口座を記入してください。（ゆうちょ銀行の場合、**振込用の店名・口座番号を記入してください。**）				

保険料の納付方法（**郵便局での取扱い**）	・1年前納（3月分まで）　・半期前納（前期9月分まで、後期3月分まで）　・毎月自動引き落とし　・毎月振込用紙にて **※ 2回目以降の保険料の納付方法を選択してください。**「毎月自動引き落とし」を希望される方は、郵便局での手続きが必要です。	□ 資格確認書 マイナ保険証未登録の方は□にチェックし、資格確認書交付申請書を提出してください。

提出年月日　　年　　月　　日

注意事項

1. 資格喪失日より20日以内に**住民票を添えて**申請してください。
2. **1回目の保険料は、資格喪失日以降にお振込ください。（厳守してください。）**
3. 扶養家族のある場合は「被扶養者認定届」を添付してください。
4. 次の場合に該当するとき、任意継続被保険者の資格は喪失します。
   - ① 保険料を納付期日（毎月10日）までに納付しなかったとき
   - ② 被保険者資格取得後2年を経過したとき
   - ③ 被保険者が死亡したとき
   - ④ 健康保険の被保険者となったとき（国保は対象外です。）
   - ⑤ 船員保険の被保険者となったとき

決裁日付印	確認日付印	受付日付印

山崎製パン健康保険組合　〒101-0033　東京都千代田区神田岩本町1番地　清水ビル5階　TEL 03－3258－1801　FAX 03－3258－2043　ホームページ　http://www.yamazakipan-kenpo.or.jp/