

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	被保険者証の記号・番号	16	—	標準報酬月額			千円					
所属していた	資格取得年月日	令和	年	月	日	事業所名称	事業所コード					
事業所	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				性別	男・女	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	銀行		本・支店	普通	口座番号	NO.	名義 (カタカナ)					
受取先	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。						<input type="checkbox"/> 資格確認書 資格確認書を交付希望される方は <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください					

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

