

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 01 - 123456	標準報酬月額	2 0 0	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	山崎製パン(株) ○○○ 工場	
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	ケンボ タロウ		性別	昭	被扶養者
氏名	健保 太郎		男	生年月日	○○年○○月○○日
フリガナ	トウキョウト○○ク 1-2-3		電話番号	03 (1234) 5678	
住所	〒100-0000 東京都○○区 1-2-3		携帯	090 - 1234 - 5678	
給付金	○○ 銀行 ○○ 本・支店	普通	口座番号	NO.	123456
受取先	銀行番号	0 1 2	支店番号	4 5 6	名義(カタカナ)
保険料の納付方法 (郵便局での取扱い)	<input type="checkbox"/> 資格確認書 ※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	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。
意	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。)
事	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。
項	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

