

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	記 号 ・ 番 号	1600 - 000000	標準報酬月額	0 0 0	千円
所属していた	資 格 取 得 年 月 日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	事業所名称	山崎製パン(株) 〇〇 工場	
事 業 所	資 格 喪 失 年 月 日 (退職した日の翌日)	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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	ケンコウ タロウ		性 別	男	生年月日
氏 名	健康 太郎		昭 平	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	被扶養者
フリガナ			電 話 番 号	(1 2 3) 4 5 6 - 7 8 9 0	
住 所	〒 000-0000 東京都〇〇市××町1-1-1		携 帯	0 9 0 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8	
給付金	〇〇 銀行	×× 本・支店	普通 口座番号	NO. 123456	名義 (カタカナ)
受取先	銀行 番号	123	支店 番号	456	ケンコウ タロウ
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				☐ 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。					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下さい。

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