

常務理事	事務長	調査	担当者

任意継続被保険者資格取得申請書

太枠線内を記入ください。

資格喪失の際の被保険者証記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	(フリガナ)	性別
					男・女
住所	(郵便番号)			自宅 TEL	
メールアドレス				携帯 TEL	
資格喪失年月日(退職日の翌日)	平成	年	月	日	生年月日
					S・H
					年
					月
					日
					(歳)
資格喪失の際使用されていた事業所	名称				資格喪失の際の標準報酬月額
	所在地				千円
					被扶養者の有・無
					有(名)・無
保険料の納付方法(※) ・毎月自動引落し ・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)					
※上記「保険料の納付方法」で、『毎月自動引落し』を選択し、引落口座に「ゆうちょ銀行口座」を指定する場合、または『前納(1年・半期とも)』を選択した場合、必ず下の【健保給付金振込銀行口座】をご記入願います。					
【健保給付金振込口座】 ★『ゆうちょ銀行口座』は指定できません。	金融機関名				金融機関番号
	支店名				支店番号
	預金種別				口座番号
	口座名義人(カナ)				
私は、貴健保組合の任意継続被保険者制度加入に際し、別紙「任意継続被保険者制度のご案内」の内容を確認し、諸条件を承諾したうえで申請します。					
平成 年 月 日					
氏名 _____ ㊟					

健保使用欄

確認事項	被保険者資格喪失前2ヵ月以上の被保険者期間	記号		番号	
		平成	年	月	日
		～	平成	年	月
		日		日	
任意継続被保険者資格取得決定事項	任継取得年月日	平成	年	月	日
	資格喪失予定日	平成	年	月	日
	被保険者期間	平成	年	月	日
		～	平成	年	月
	被保険者証の記号・番号	記号		番号	
	標準報酬月額	千円			

(注意事項)

※毎月自動引落で『ゆうちょ銀行』以外の口座を指定した場合、健保給付金は引落口座へ入金されますので、『健保給付金払込銀行口座』欄の記入は不要です。

※加入手続きについて、当健康保険組合への書類提出期限が被保険者資格喪失後20日以内となっておりますのでご注意ください。

(個人情報の取扱いについて)

この申請書および関係書類に記載の個人情報は、任意継続被保険者加入手続き関係業務に関して利用します。

この申請書は事業主を経由して提出することに同意されたものとして処理します。

受付日付印