

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	担当

申請日 令和 年 月 日

◎ 太枠内を記入してください。

資格喪失の際の健康保険被保険者証の	記号	番号			
	フリガナ	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	住所	〒 () - ()			
	TEL	() - () - ()			
資格喪失の際使用されていた事業所	名称				
	所在地				
資格喪失年月日 (退職の翌日)	令和 年 月 日	資格喪失の際の 標準報酬月額	千円		
保険料納付方法 (選んで○をして下さい)	月 払 い	半年前納	一年前納		
保険料納付金融機関 (選んで○をして下さい)	みずほ銀行	中央労働金庫	ゆうちょ銀行		

*保険料の振込み手数料ご負担願います。

※ 被 扶 養 者 欄	フリガナ	続柄	生年月日			年齢	性別	同居・別居	備考
	氏名								
		大昭平令					男女	同居 別居	
		大昭平令					男女	同居 別居	
		大昭平令					男女	同居 別居	
		大昭平令					男女	同居 別居	

※被扶養者の異動等がある場合は別に届出が必要です。

※ 保険給付金等の 振込希望口座	金融機関名	支店名	預金種目	口座番号				
			普通					
	(ゆうちょ銀行)記号	(ゆうちょ銀行)番号						

※高額療養費、付加給付等は金融機関振込で支給となります。お受取人は被保険者名義に限ります。

【申請書に記入された個人情報、健康保険業務処理のみに使用いたします。】

*健康保険組合記入欄

任意継続番号	資格喪失時の標準報酬月額	決定標準報酬月額	保険料
	千円	千円	
介護保険	資格取得日	資格喪失予定日	資格喪失日
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日

