

| | | | | |
|----------------|------|----------|-------|---------------|
| ※ 受 済 日 付 印 | 伺年月日 | 令和 年 月 日 | 施行年月日 | 令和 年 月 日 |
| | 常務理事 | 事務長 | 担 当 | 扱 者 |
| | | | | 被扶養者 台帳照合印 |

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

太枠内を記入してください。

申請日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

(2) (1) この申請書は被保険者資格喪失後二十日以内に提出してください。
一度加入されずと任意に脱退・喪失できません。(注意書き参照)

| | | | | | | |
|--|---------|---------------------------|----------|------------------|-----|------------|
| 退職時の健康保険被保険者証の記号及び番号 | 記号 | フリガナ | ケンポ タロウ | | 印 | 印 |
| | 0000 | 氏 名 | 健保 太郎 | | | |
| 番号 | 0000-00 | 生 年 月 日 | 昭・平・令 | 〇〇年〇〇月〇〇日生(〇〇才) | 男・女 | |
| 在職時の社員番号(該当者のみ): 〇〇〇〇〇〇 | | | | | | |
| 自宅TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 (携帯TEL 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇) | | | | | | |
| 住 所 | | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇 | | | | |
| 退職時に在籍していた事業所 (保険証に記載されている事業所) | | 会社名 | 〇〇〇〇〇(株) | | | |
| | | 入社日 | 昭・平・令 | 〇〇年〇〇月〇〇日 | 退職日 | 昭・平・令 |
| | | | | | | 〇〇年〇〇月 〇〇日 |

被扶養者(該当者全員を記入してください。現況と異なる場合は「健康保健被扶養者異動手続き」が必要です。)

| 氏名 | 性別 | 生年月日 | 続柄 | 氏名 | 性別 | 生年月日 | 続柄 |
|-------|----|-----------|----|----|----|------|----|
| 健保 花子 | 女 | 〇〇年〇〇月〇〇日 | 妻 | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

健保からの給付金・補助金等の振込先

| 銀行名 | 支店名 | 店番 | 口座番号 | 口座名義 |
|------|------------|-----|--------------|------------|
| 〇〇銀行 | フリガナ 〇〇 支店 | 〇〇〇 | 普・当 〇〇〇〇〇〇〇〇 | カタナ ケンポタロウ |

保険料の納付方法(☑選択してください。自動引落はできません。)

毎月払い 一年前納(年1回) 6ヶ月前納(年2回)

注) 一年前納: 4月(又は任継加入月)~3月(年度末)までの年一回払い

6ヶ月前納: 4月(又は任継加入月)~9月までと10月(又は任継加入月)~3月(年度末)までの年2回払い

[健康保険組合記入欄]

| 任意継続被保険者資格取得日 | 令和 年 月 日 | 任意継続被保険者資格喪失予定日 | 令和 年 月 日 |
|---------------|--------------------------|-----------------|------------------------------|
| 資格喪失の際の標準報酬月額 | 健康保健組合理事長が 公示した標準報酬月額 | 決定標準報酬月額 | 決定健康保険料 |
| | | | 決定介護保険料 |
| 千円 | 千円 | 千円 | 円 円 |
| 加入期間: 2ヶ月以上 | 受付日付印 | | 調定: <input type="checkbox"/> |