

※ 受付日付印	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 年 月 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	フリガナ氏名	印
	番号	生年月日	昭・平・令 年 月 日生(才)男・女
在職時の社員番号(該当者のみ):			
自宅TEL		(携帯TEL)	
住所	〒 □ □ □ □ - □ □ □ □ □		
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		
	入社日	昭・平・令 年 月 日	退職日 昭・平・令 年 月 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
	フリガナ 支店		普・当	妙妙

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。)

<input type="checkbox"/> 毎月払い	<input type="checkbox"/> 一年前納(年1回)	<input type="checkbox"/> 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"/>