

届書種別	記号	*被保険者証の番号			
適	13	9	0	0	0

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務局長	役 席	係

太枠内をご記入下さい。

(記入上の注意)
 ア. 別紙「記入例」をご参照ください。
 イ. *の欄は記入しないでください。

(申請時の注意)
 ア. 口座振替手続《月納方式のみ》
 *みずほ銀行を希望される場合、預金口座依頼書に必要事項を記入し、金融機関への届出印を押印して3枚とも申請書に添付してください。

*ゆうちょ銀行を希望される場合、ご自身が直接ゆうちょ銀行で自動払込利用申込をして、「お客様控」を申請書に添付してください。

イ. 初回保険料の振込先口座。
 初回保険料額は後日送付される納付書で確認してください。また、保険料は納付書に明記されている当組合の口座にお振込ください。

ウ. 退職日の翌日(任意継続資格取得日)から20日以内に健保組合に申請書が届くように提出してください。

任意継続被保険者	フリガナ		氏名 (氏) (名)		性別	男・女
	生年月日		昭和 平成	年 月 日	〒	—
	住 所					
	電話番号		自宅・携帯	— —		
	みずほ銀行		フリガナ	銀行コード	支店	支店コード
振替口座月納の場合	普通・当座	口座番号	口座名義	被保険者に同じ		
	ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号			
給付金入金先	銀行		フリガナ	銀行コード	支店	支店コード
	信用金庫					
納付方式	普通・当座	口座番号	口座名義	被保険者に同じ		
	注)前納の方、振替口座をゆうちょ銀行と指定した方は必ずご記入ください。					
納付区分 (いずれかに○)		1. 月納	2. 全期(年度)前納	3. 半期前納		
注)原則変更はできません。						
* 健保組合記入欄			保険料振替開始月	令和 年 月 日		
資格取得年月日	令和 年 月 日		資格喪失予定年月日	令和 年 月 日		
前納期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 月間					
標準報酬月額	千円	等級	標準報酬月額決定年月日	平成 年 月 日		

申請年月日		令和 年 月 日				
資格喪失時の被保険者	被保険者証	記号	番号			
	事業所の名称					
	事業所の所在地					
	資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日			
	退職年月日	平成 令和	年 月 日			
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 令和	年 月 日			
資格喪失時の標準報酬月額および等級		標準報酬月額		等級		
		千円				
被扶養者	フリガナ	性別	マイナンバー		続柄	職業
	氏名		生年月日			
		男・女	昭・平・令 年 月 日			
		男・女	昭・平・令 年 月 日			
		男・女	昭・平・令 年 月 日			
		男・女	昭・平・令 年 月 日			
*新たに扶養申請されるご家族のみ、マイナンバーを健保組合にご連絡ください。既存の方は不要です。						

納付期限までに納付できなかったときは、被保険者の資格が喪失することを承諾し申請いたします。

氏名 _____ 印 _____

受付日付印 _____