

|      |    |           |   |   |   |
|------|----|-----------|---|---|---|
| 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)     | 性別 | 男・女 |
|             | 氏名            |          |             |         |    |     |
|             | 生年月日          | 昭和<br>平成 | 年           | 月       | 日  | 〒   |
|             | 住所            |          |             |         |    |     |
| 振替口座(月納の場合) | みずほ銀行         | フリガナ     | 銀行コード       | 支店コード   |    |     |
|             | 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        |         |    |     |
|             | 銀行            | フリガナ     | 銀行コード       | 支店コード   |    |     |
| 給付金入金先      | 信用金庫          | フリガナ     | 銀行コード       | 支店コード   |    |     |
|             | 普通・当座         | 口座番号     | 口座名義        | 被保険者に同じ |    |     |
| 納付方式        | 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。 |          |             |         |    |     |

|                   |                |    |    |   |
|-------------------|----------------|----|----|---|
| 申請年月日             | 令和             | 年  | 月  | 日 |
| 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<br>平成<br>令和 | 年  | 月  | 日 |
| 退職年月日             | 平成<br>令和       | 年  | 月  | 日 |
| 資格喪失年月日(退職日の翌日)   | 平成<br>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 \_\_\_\_\_

受付日付印 \_\_\_\_\_