

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。

※記入日をご記入ください。

(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	ケンボ	タロウ	性別	男・女
	氏名	(氏) 健保	(名) 太郎		
	生年月日	昭和 38年 1月 1日	〒 150 - 0002		
	住所	東京都渋谷区渋谷3-1-12			
振替口座(月納の場合)	フリガナ トウキョウチュウオウ	銀行コード	0001		
	みずほ銀行	東京中央 支店	支店コード	110	
給付金入金先	普通 当座	口座番号	12345	口座名義	被保険者と同じ
	ゆうちょ銀行	通帳記号		通帳番号	
納付方式	銀行 信用金庫	フリガナ	銀行コード	1234	
	〇〇	△△ 支店	支店コード	567	
* 健保組合記入欄	普通 当座	口座番号	1234567	口座名義	被保険者と同じ
	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。				
注)原則変更はできません。					

資格喪失時の被保険者	※申請年月日	令和 5年 3月 1日		
	被保険者証	記号 9500 番号 1234567		
	事業所の名称	※退職時の会社名(本社)をご記入ください		
	事業所の所在地	※退職時の会社(本社)の住所をご記入ください		
被扶養者	資格取得年月日	昭和 61年 4月 1日		
	退職年月日	平成 5年 3月 31日		
	資格喪失年月日(退職日の翌日)	平成 5年 4月 1日		
	資格喪失時の標準報酬月額および等級	標準報酬月額 410 千円 等級 27		
被扶養者	フリガナ	マイナンバー	続柄	職業
	氏名	生年月日		
	ケンボ ハナコ			
	健保 花子	昭和・令 41年 3月 20日	妻	無職
	カズコ			
	和子	昭和・令 15年 10月 18日	二女	大学生
※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。

受付日付印

氏名 健保 太郎