

受付年月日	年 月 日	決 裁				
伺 年 月 日	年 月 日	常務理事	事務長	課 長	主 任	担 当 者
決 裁 年 月 日	年 月 日					
納 期 日	年 月 日					
標準報酬月額	千円					
調定額	月分	一般保険料	円	任継記号	99	番 号
		子ども子育て支援金	円	資格取得年月日		年 月 日
	調整保険料	円	資格喪失予定日		年 月 日	
	～ 月分	介護保険料	円			
	合 計	円				

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

★下記の欄に記入し、退職日の翌日から20日以内(※必着)に直接健康保険組合あて申請してください。

(※退職日の前、および退職日の翌日から20日過ぎ着の申請は不可です)

★被扶養者が「有」の場合は、「被扶養者(異動)届」を添付してください。

この届出について記載内容に誤りがないか申請者本人が確認している。(確認欄に✓を入れてください。)				確認欄	<input type="checkbox"/>
資格確認書の発行を希望する方は発行希望欄に✓を入れてください。 <注>マイナ保険証の利用登録が完了されている場合は、✓があっても発行されません。				発行希望欄	<input type="checkbox"/>
① 被保険者等の記号番号	記号	番号	②社員番号		
③氏 名				④性 別	男・女
⑤生年月日	昭・平	年 月 日	⑥年 齢	歳	
⑦住民票住所	〒 -				
※居 所	(住民票住所と居住している住所が異なる場合のみ記入) 〒 -				
⑧電話番号	(自宅) () (携帯) ()	⑨被扶養者の有無		有・無	
⑩メールアドレス	(健保からの問い合わせが必要な際に連絡可能なアドレスをお持ちの場合は記入)				
⑪資格喪失年月日 (退職日の翌日を記入)	年 月 日				
⑫退職の際勤務していた 会社名及び所在地 (本社の名称・住所を記入)	会社名				
	所在地				
⑬保険料の納付 (別紙参照の上、支払方法 を選択して右欄の番号に ○印をつけてください)	1. 月払い 2. 6ヵ月前納 3. 1年分前納 <注>指定の納付書による銀行振込(手数料は本人負担)となります。				
⑭振込銀行口座 (銀行名と名義はカタカナ で記入してください)	(銀行名) _____ 銀行 (銀行コード) _____				
	(店 名) _____ 支店 (支店コード) _____ (種 別) 普通・当座 (口座番号) _____ (名義) _____ <注>保険料の自動引落しは行っておりません。この口座は、あなたに健康保険 の給付金や補助金の支払が発生した際、振り込むためのものです。				
⑮申請年月日 (退職日の翌日以降)	年 月 日				