

常務理事	事務長	担当者

### 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

健保組合 記入欄	任意継続	記号	899	番号		資格取得日	令和 年 月 日
	退職時の月額		千円	決定月額		備考	

※太枠内をご記入願います。

健康保険証	記号	123	フリガナ	ケンコウ タロウ
	番号	1000	申請者の氏名	健康 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健康</span>
被保険者 住所	〒123-1234 〇〇県〇〇市〇〇町123 ※マンション名等もご記入願います。			電話番号 012 - 3456 - 7890
最終在籍日 (退職日)	令和 XX年 XX月 XX日	生年月日	昭・平 XX年 XX月 XX日生	
事業所名	株式会社〇〇〇 〇〇支店			
給付金が発生した 場合の振込先 (被保険者の口座)	〇〇	銀行・労金 信組・信金	XX	支店 普通 口座番号 1234567 その他
被扶養者氏名	生 年 月 日	続柄	住 所 ※被保険者と住所が違う場合のみご記入下さい	
	昭・平 年 月 日		〒 TEL	
	昭・平 年 月 日		〒 TEL	
	昭・平 年 月 日		〒 TEL	
	昭・平 年 月 日		〒 TEL	
保険料納付方法 ※希望する納付方法に ○をつけてください。	1. 1ヶ月ずつ	初回保険料を振込。2回目以降の保険料を当月10日までに振込(納付日が休祭日の場合は翌日)。※振込手数料は被保険者様のご負担。		
	2. 前納(半期)	初回保険料は前期分【加入月+(加入月の翌月~9月)】を一括納付し、後期分【10月~翌3月】を9/1~9/末までに一括納付します。		
	3. 前納(通年)	初回保険料は【加入月+(加入月の翌月~翌3月)】を一括納付します。 例: 4/1資格取得日(3/31退職)の初回保険料=4月分+11ヶ月分(5月~翌3月)		

#### 【留意点】

- 初回保険料の納付期日は資格喪失日から10日以内となります。
- 保険料納付する年度区分は、4月~翌3月となります。次年度分の保険料については、毎年4月1日に改定します。
- 「健康保険証」は必ず退職時にご返却ください。

受付日付印