

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

※太枠内をご記入願います。

健康保険証	記号	XXX	フリガナ	ケンコウ タロウ
	番号	XXXX	申請者の氏名	健康 太郎
被保険者住所	〒	1 2 3 - 4 5 6 7	〇〇	都道府県 〇〇 市 区 郡
	〇〇町1丁目2-3			電話番号 090 - 1234 - 5678
最終在籍日（退職日）		令和 XX 年 XX 月 XX 日	生年月日	昭和 XX 年 XX 月 XX 日
事業所名	株式会社〇〇〇 △△支店			
給付金が発生した場合の振込先（被保険者の口座）	フリガナ	マルサンカクシカク	フリガナ	マルサンカクシカク
	〇△□	銀行 信金 組合 労金	〇△□	本店・支店 出張所
被扶養者氏名	口座番号	普通 1 2 3 4 5 6 7	口座名義（カタカナ）	ケンポ タロウ
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。	
昭和 平成 令和	年 月 日	〒	TEL	
昭和 平成 令和	年 月 日	〒	TEL	
昭和 平成 令和	年 月 日	〒	TEL	
昭和 平成 令和	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. 月払い	毎月10日納付（10日が土日祝日の場合は、翌営業日） 保険料の割引なし		
	2. 年2回払い	9月分（又は3月分）までを前納 その後は半年分を前納		
	3. 年1回払い	3月分までを前納		

【留意点】

- 翌年度以降の標準報酬や保険料額については、3月中に通知します。
- 在職時の「健康保険証」は必ず退職時にご返却ください。
- 任意継続被保険者の期間（2年間）が満了する前に、資格喪失を希望する場合は速やかにお申し出ください。

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	決定月額	喪失予定日	令和 年 月 日		

常務理事	事務長	担当者

受付印