任意継続被保険者 資格取得申請書

常務理事 事務長 所属長 担当者 健 保 組

資格喪失の際)際 被保険者証の記号・番号		1600 — 00		0000 標準報酬		酬月額	0 0	0	千円		合				
所属していた 資格取得年月日			平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 事業所名称					山崎製パン㈱ ○○ 工場 事業所 コード ××							$\times \times$	
事業所 資格喪失年月日 (退職した日の翌日)			☆和 ○○ 年	00月00	日								1			
フリガナ ケンコウ タロウ (昭) *2																
氏 名									無							
フリガナ	(123)456-7890									7890						
住 所	〒 000-0000 あ ・	六 秋○○寸	○○赤××町 1 — 1 — 1					電言	舌番	号	携帯 090-1234-5678					
	東京都〇〇市××町1-1-1										175 III 0 1 0 1 2 3 4 3 0 1 0					
給付金	$\circ\circ$	$\times \times$	本・支店	口座番号 普 当			123456 名義 (カタ			タカナ)	カナ) ケンコウ タロウ					
受取先	銀行 番号 12					合からお振込するための口座です。 銀行の口座を記入してください。 用の店名・口座番号を記入してください。)										
保険料の納付方法・1年前納(3月分まで)・半期前納(前期9月分まで、後期3月分まで) 毎月自動引き落とし・毎月振込用紙にて								紙にて								
(全て郵便局での取扱いです。) ※2回目以降の保険料の納付方法を選択してください。「毎月自動引き落とし」を希望される方は、郵便局での手続きが必要です。																

1. 資格喪失日より20日以内に住民票を添えて申請してください。

2. 1回目の保険料は、資格喪失日*1 以降にお振込ください。(厳守してください。)

3. 扶養家族のある場合は「被扶養者認定届」を添付してください。(*2)

4. 次の場合に該当するとき、任意継続被保険者の資格は自動的に喪失します。

- ① 保険料を納付期日(毎月10日)までに納付しなかったとき
- ② 被保険者資格取得後2年を経過したとき
- ③ 被保険者が死亡したとき
- ④ 健康保険の被保険者となったとき(国保は対象外です。)
- ⑤ 船員保険の被保険者となったとき

※1回目の保険料は任継の資格取得月(*1の月)の保険料です。 なお、給与で天引きされている保険料は、前月の保険料です。

決 裁 印	確認印	受 付 印

山崎製パン健康保険組合 〒101-0033 東京都千代田区神田岩本町1番地 清水ビル5階

ホームペーシ http://www.yamazakipan-kenpo.or.jp/ スマートフォンからもご利用いたたけます。



注

意

事

項