

# 任意継続被保険者 資格取得申請書

|                   |      |     |     |     |
|-------------------|------|-----|-----|-----|
| 健康<br>保<br>組<br>合 | 常務理事 | 事務長 | 所属長 | 担当者 |
|                   |      |     |     |     |

|                             |                             |   |            |   |                   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|------------|---|-------------------|
| 資格喪失の際                      | 被保険者証の記号・番号                 | 1600 - 000000   | 標準報酬月額     | 0 0 0   | 千円                |
| 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(株) ○○ 工場  |                   |
| 事業所                         | 資格喪失年月日<br>(退職した日の翌日) *1    | 令和 ○○年 ○○月 ○○日  | 事業所<br>コード | ××  |                   |
| フリガナ                        | ケンコウ タロウ                    |   | 性別         | 男・女   | 生年月日              |
| 氏名                          | 健康 太郎                       |   | 昭平         | ○○年 ○○月 ○○日   | 被扶養者              |
| フリガナ                        |                             |   | *2 有・無     |   |                   |
| 住所                          | 〒000-0000<br>東京都○○市××町1-1-1 |   | 電話番号       | ( 1 2 3 ) 4 5 6 - 7 8 9 0<br>携帯 0 9 0 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8 |                   |
| 給付金                         | ○○ 銀行                       | ×× 本・支店   | 口座番号       | 普・当   | 123456            |
| 受取先                         | 銀行<br>番号                    | 123   | 支店<br>番号   | 456   | 名義(カタカナ) ケンコウ タロウ |
| 保険料の納付方法<br>(全て郵便局での取扱いです。) |                             | ・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<br>※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。 |            |   |                   |

注 意 事 項

- 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。
- 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。)**
- 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)
- 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 |
|       |       |       |

