

令和 年 月 日

事業所		担当	
任意継続申請連絡書 (FAXしてください。)			
任意継続取得の申し出がありましたので、下記の通り連絡します。			
記号		番号	退職時標準報酬月額 ※注1 千円
被保険者名			被扶養者 有 ・ 無
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	介護保険	※注2 有 ・ 無
1回目保険料納付予定日	月 日 振込予定 (資格喪失後に振り込むこと)		
2回目以降の保険料納付方法	・ 未定 ・ 1年前納 ・ 半期前納 ・ 自動引落とし ・ 毎月払込取扱票で振込み		
その他(連絡事項) _____ _____ _____			

※注1 月変・算定時の標準報酬月額は、特に注意してください。

※注2 介護保険に注意してください。

被保険者が40歳未満、または65歳以上の場合、介護保険は「無」です。

ただし、被扶養者が40歳以上65歳未満の場合、介護保険は「有」です。

誕生日の前日の属する月より該当します。

<例> 5月1日生まれの方は、4月分から該当します。

山崎製パン健康保険組合

FAX 03-3258-2043 TEL 03-3258-1801

URL <http://www.yamazakipan-kenpo.or.jp/>