

任意継続被保険者 資格取得申請書

健保組合	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		16	—	標準報酬月額			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	事業所コード			
事業所	資格喪失年月日 (退職した日の翌日)		*1	令和	年	月	日				
フリガナ			性別	男・女	生年月日	昭・平	年	月	日	被扶養者	*2 有・無
氏名											
フリガナ							電話番号		()	—	
住所	〒						携帯		—	—	
給付金	銀行		本・支店		口座番号		普・当		名義(カタカナ)		
受取先	銀行番号		支店番号		★還付等がある場合に、当組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。 (ゆうちょ銀行の場合、振込用の店名・口座番号を記入してください。)						
保険料の納付方法 (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 ・毎月振込用紙にて ※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

