

健康保険任意継続被保険者 資格取得申出書

被 保 険 者 記 号 番 号	—	事 業 所 名	
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令 和 年 月 日	事業所住所	
フ リ ガ ナ 氏 名		生 年 月 日	昭 和 平 成 年 月 日 令 和
申 請 者 住 所	〒		
電 話 番 号	自宅 () — 携帯 () —		
給 付 金 の 振 込 口 座 (郵便局以外)	銀行 農協 信金 信組 労金	支店	口座番号
保 険 料 の 納 付 方 法	保険料の納付方法について、次のいずれか1つに○をつけてください。 毎月納付 半年前納 1年前納		
注 意 事 項	※「毎月納付」を希望される場合は、毎月10日までに保険料を納付してください。 ※「半年前納」は本年9月分まで、「1年前納」は年度末(3月)までの保険料です。 ※申請は、資格喪失の日から20日以内に提出してください。期間経過後は認められません。 やむを得ない事由により遅延したときは、その旨を備考欄に記入してください。 ※扶養家族がいる場合は、健康保険被扶養者(異動)届の提出が必要です。		
備 考			

		常務理事		事 務 長		係 員	
＜健保記入欄＞							
資格取得年月日	昭 和 平 成 年 月 日 令 和		資格喪失年月日	令 和 年 月 日			
任意継続被保険者 資格取得年月日	令 和 年 月 日		期 間 満 了 日	令 和 年 月 日			
標準報酬月額	喪失時	決 定	一般保険料	円	資格喪失時年齢	歳	
			介護保険料	円	任 意 継 続 被 保 険 者 記 号 番 号	51—	
			合 計	円			