

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

・次の書類を提出
 ①当申出書 ②被保険者・被扶養者の住民票（続柄記載あり）
 ・併せて、初回保険料を納付期限までに納付

常務理事	事務長	係

※ の項目は記入しないで下さい

任意継続保険者 記号・番号	75		資格取得 年 月 日	令和	年	月	日	標準報酬 月 額	千円	
フリガナ				性別	1. 男 2. 女	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)			
申請者の氏名										
住 所	〒									
連絡先	固定電話・携帯電話 ()									
在職してい た事業所に ついて	健保記号			健保番号			標準報酬 月 額	千円		
	資格取得 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日			資格喪失 年 月 日	(退職日の翌日を記入) 令和 年 月 日				
	事業所名称									
	事業所所在地									
被 扶 養 者	氏 名			生 年 月 日			性別	続 柄		
				昭・平・令 年 月 日			男・女			
				昭・平・令 年 月 日			男・女			
				昭・平・令 年 月 日			男・女			
				昭・平・令 年 月 日			男・女			
保険料納付方法	<input type="checkbox"/> 各月払い <input type="checkbox"/> 半年分前納 <input type="checkbox"/> 1年分前納 <input checked="" type="checkbox"/> *自動振替を希望 <input type="checkbox"/> します <input type="checkbox"/> しません									
給付金・還付金 発生時の受取先	銀行	支店	普通 当座							
※ 被保険者(本人)名義に限ります。 ※ 給付金・還付金以外の目的には使用しません。							カナ 名義	()		
この度の任意継続被保険者資格取得に際し「任意継続被保険者の手引き」の内容を充分理解し、保険料を納付期限までに納付しなかった時は任意継続被保険者資格を喪失しても異議ないことを承諾します。										
令和 年 月 日 署名: _____							※必ず署名して下さい。			
/ 入金 円					/ 保険証送付 枚					

受付日付印