

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

- ◇ 退職後、「任意継続被保険者」を希望される時は本申請書を健康保険組合宛に送付ください。
 《受付期間:退職日の1ヶ月前～退職日の翌日から20日以内 ※期間を過ぎたときは受付できませんのでご注意ください》
- ◇ 退職後も被扶養者の継続加入を希望するときは、18歳以上の方は被扶養者の所得を証明する書類(所得証明書・年金振込通知・直近3ヶ月の給料明細写し等)を忘れずに添付ください。なお新規に申請するときは別途、被扶養者届が必要となります。

◆ ボールペン(フリクション・鉛筆不可)で太枠内全てご記入下さい。

申請者 へ 被 保 険 者 で あ っ た も の ✓ が 記 入 す る と こ ろ	被保険者 記号番号	—	氏名	フリガナ			生年月日			
	資格取得日 (保険証を見て記入)	昭和 平成 令和	年	月	日	資格喪失日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日
	退職後住所・ 電話番号 <small>※アパート・マンション 名等も記入下さい</small>	〒 — ※電話番号は日中繋がる番号を記入ください 自宅Tel () — 携帯Tel () —								
	継続加入する 被扶養者 <small>※18歳以上の 方は所得を証 明する書類を 添付</small>	氏名	フリガナ	続柄	性別	生年月日	世帯	職業	収入の有無 (年収見込額)	
			フリガナ		男・女	S・H・R 年 月 日	同居 別居		円/年	
			フリガナ		男・女	S・H・R 年 月 日	同居 別居		円/年	
	加入の翌月 以降の保険 料納付方法 <small>※該当に✓</small>	<input type="checkbox"/> 1. 毎月払い ※期日までに入金の確認がとれない時は資格喪失となります。 <input type="checkbox"/> 2. 前納(前納期間を下記Ⅰ.またはⅡ.より選択) <small>※期日までに入金の確認がとれない時は前納の扱いが適用されません。</small> <input type="checkbox"/> Ⅰ. 半期一括(同年度9月までと10月から3月まで) <input type="checkbox"/> Ⅱ. 全期分一括(同年度3月まで)								
給付金等振 込登録口座	(注) 健保組合からの給付金の振込先(被保険者名義に限る)を予め登録するもので保険料の口座振替登録ではありません									
	銀行名	支店名	預金種別	口座番号						
	銀行・信用金庫・信用組合・農協	本店・支店・出張所	普通							

☆ 問合せ先：電話 (0566)26-0305 内線 811-3063,3052

R6.12改

個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみに使用し、その他の目的には使用いたしません。

健保 組 合 使 用 欄	任継記号番号	88 —	常務理事	事務長	係長	係員	
	退職時標準報酬	千円					
	加入時標準報酬	千円					
	介護保険料徴収	あり・なし	案内 確認	初回保険料入金日	令和 年 月 日		
	被扶養者の有無	あり(人)・なし		初回保険料入金額			
	保険料案内日	令和 年 月 日		初回納付額内訳			
<MEMO>							