

常務理事	事務長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

健保記入欄				
任意継続 記号番号	1999	標準報酬月額	資格喪失の際の標準報酬月額 健康保険組合理事長が公示した標準報酬月額 決定標準報酬月額	千円 千円 千円
			380	千円
任意継続加入期間		(取得日) 令和	～ (喪失日) 令和	介護保険 有・無

申請者記入欄					
健康保険被保険者証 記号 - 番号	-	ふりがな			
		氏名	男・女		
マイナンバー記入欄(記号番号を記入した場合は不要です)		生年月日	昭和・平成	年	月
			日生	(年齢)	歳
資格喪失年月日	令和 年 月 日 (退職日の翌日)				
資格喪失時の 所属事業所	名称	所在地		所属部門	
資格喪失前の 被保険者期間	昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (2ヶ月以上被保険者であった人)				
被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄	同居・別居	住民票住所 被保険者と違う場合のみ記入
	昭・平・令 年 月 日				
	昭・平・令 年 月 日				
	昭・平・令 年 月 日				
	昭・平・令 年 月 日				
付加金等の給付金が発生した場合の振込先金融機関	銀行・信金・信組 (該当に○印)				支店
	銀行No.	店No.	普通口座No.		
保険料納付方法 (該当に○印)	①毎月払	銀行自動振替(初回2ヵ月分は振込、3ヵ月目の保険料より振替開始)			
	②前納 (半年払)	4月～9月の加入者:加入月～9月迄 10月～3月の加入者:加入月～3月迄	■ 初回保険料は、加入した月により支払月数が変わりますので、必ずしも6ヶ月又は12ヶ月分とは限りません		
	③前納 (1年払)	加入月～3月まで	■ 納付期限が翌月にまたがる場合、初回前納保険料の納付期限は、 加入月の月末迄 となっております ■ 前納払(半年・1年)には自動引落しはありません		
※自営業者で、法人化されている方は、任意継続加入できません。下記の質問に回答してください。					
①自営業(個人事業主)を始めますか はい・いいえ ②法人化されますか はい・いいえ (○をしてください)					
上記の通り申請致します。			令和 年 月 日		
住民票住所	〒 _____				
	都道府県				
居所住所	〒 _____				
	都道府県				
e-mail (退職後ご使用可能な連絡先)					
氏名	_____				
自宅番号	_____		携帯番号	_____	
※健保から直接連絡することがありますので、できるだけ全ての連絡先をご記入ください。					