健康保険組合使用欄

常務理事	事務長	担当

任意継続被保険者資格取得申請書

太枠の中を記入してください。

在籍時の被保険者等 記号・番号	ー	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日
資格喪失年月日 (退職日の次の日)	年　月　日			年　月　日
資格喪失時の事業所				

住所	〒	自宅電話番号	-　　-
		携帯番号	-　　-

(金融機関は健保組合からの給付金、補助金等の振込用です)

銀行名	支店名	区分	口座番号
		普通	

保険料の納付方法　　ご希望の納付方法を☑で選択ください。

	毎月払込	毎月、健康保険組合の口座へ払込
	1年前納	加入月の翌月分～加入年度末分を一括払込 (納付期限:資格取得月の末日)
	半年前納	4月～9月加入➜加入月の翌月分～9月分を一括払込 10月～3月加入➜加入月の翌月分～3月分を一括払込 (納付期限:資格取得月の末日)

＊いずれの納付方法をご選択いただいた場合も、加入月の保険料は、当組合から送付する納付書にて、記載の納付期限までに払込みください。

【被扶養者申請欄】

＊当健保加入事業所を退職後、引き続き被扶養者として申請する場合は『継続』に〇を付けてください。
＊新規に被扶養者を申請する場合は『新規』に〇を付けてください。
新規の場合には各証明書が必要となりますので、健保組合へご連絡ください。

区分	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名	生年月日	続柄	収入(年間見込)
新規 継続		年　月　日		万円/年
新規 継続		年　月　日		万円/年
新規 継続		年　月　日		万円/年

健康保険組合使用欄

任意継続被保険者 記号番号	記号	3000	番号		資格喪失時の 標準報酬月額	千円

受付印

＊退職後20日以内に提出してください。