

記入例

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	1000 - 20998	氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日
資格喪失年月日 (退職日の次の日)	2020年10月1日		1990年10月10日
資格喪失時の事業所	座間総合病院	【例】退職日：9/30	
住所	〒 243-0433	自宅電話番号	046-233-3510
	神奈川県海老名市河原口1519	携帯番号	090-〇〇〇〇-××××
(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
埼玉りそな銀行	海老名支店	普通	〇×〇×〇×〇

保険料の納付方法 ご希望の納付方法を☑で選択ください。

<input checked="" type="checkbox"/>	毎月払込	毎月、健康保険組合の口座へ払込
<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	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】

※扶養希望する場合のみ、下記記入

- * 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○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○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	フリガナ 氏名	生年月日	続柄	収入(年間見込)
新規 継続	ケンポ ヨシコ 健保 良子	2020年5月1日	子	0 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。