

*本申請は、健康保険法により
資格喪失日から**20日**以内に
提出ください。(健保必着)

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

健保組合 記入欄	任意継続	記号		番号		資格取得日	令和 年 月 日
	退職時の月額		千円	決定月額		備 考	

※太枠内をご記入願います。提出日：令和 年 月 日

健康保険証	記号		フリガナ	
	番号		申請者の氏名	印
被保険者 住所	〒 ー ※マンション名等もご記入願います。電話番号 ー ー			
最終在籍日 (退職日)	令和 年 月 日	生年月日	昭・平 年 月 日生	
事業所名				
給付金が発生した 場合の振込先 (被保険者の口座)	銀行・労金 支店 普通 口座番号 信組・信金 その他			
被扶養者氏名	生 年 月 日	続柄	住 所 ※被保険者と住所が違う場合のみご記入下さい	
	昭・平・令 年 月 日		〒 TEL	
	昭・平・令 年 月 日		〒 TEL	
	昭・平・令 年 月 日		〒 TEL	
	昭・平・令 年 月 日		〒 TEL	
保険料納付方法 ※希望する納付方法に ○をつけてください。	1. 1ヶ月ずつ	初回・2回目保険料は振込、3回目以降の保険料は口座振替をします。		
	2. 前納（半期）	初回保険料は前期分【加入月＋（加入月の翌月～9月）】を一括納付し、後期分【10月～翌3月】を9/1～9/末までに一括納付します。		
	3. 前納（通年）	初回保険料は【加入月＋（加入月の翌月～翌3月）】を一括納付します。 例：4/1資格取得日（3/31退職）の初回保険料＝4月分＋11ヶ月分（5月～翌3月）		

【留意点】

- ・保険料納付する年度区分は、4月～翌3月となります。次年度分の保険料については、毎年4月1日に改定します。
- ・「健康保険証」は必ず退職時にご返却ください。

受付日付印