

※申請書は資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内に提出してください。

常務理事	事務長	係	係

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書

私は別紙留意事項を確認のうえ、下記の通り申請します。

勤務していた時に使用していた被保険者証の記号・番号	記号	番号	資格喪失年月日（退職日の翌日）	令和	年	月	日	
氏名（自著）				生年月日	昭和	年	月	日
				性別	男 ・ 女			
住所	(〒 -)			TEL	()			
				携帯	()			
メールアドレス								
給付金等振込指定先 ※被保険者名義	銀行・信金 信組・農協			支店出張所	支店番号			
	普通当座	口座番号	口座名義	フリガナ				
保険料の納入方法	1. 毎月ごと		2. 半年分前納		3. 1年分前納			
勤務していた事業所の	名称	所在地						
【備考】								

■ 健康保険 被扶養者届（退職時に認定を受けていた被扶養者で被保険者に扶養されている者）

※年収が130万円（60歳以上の人又は障害者は180万円）を超えている場合は当組合で被扶養者として認定することができません。

氏名	生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	備考
(フリガナ)	昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	同居 別居		万円	
(フリガナ)	昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	同居 別居		万円	
(フリガナ)	昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	同居 別居		万円	
(フリガナ)	昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	同居 別居		万円	

※納付期限までに初回保険料が納付されなかった場合、任意継続の資格が取り消され、保険者証は使用できませんのでご注意ください。

※健康保記入欄	任継保険証記号番号	999 -		
	資格喪失時月額	千円		
	任継保険料決定月額	千円		
	任継喪失年月日	令和 年 月 日		
	納付書送付	保険証作成	保険料入金	

受付日付印