

※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。

勤務していた際の 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)	資格確認書 発行要否		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 発行が必要		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歳以上の人や障害者は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	資格確認書 発行要否
(フリガナ)	昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	同居 別居		万円	<input type="checkbox"/> 発行が必要
(フリガナ)	昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	同居 別居		万円	<input type="checkbox"/> 発行が必要
(フリガナ)	昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	同居 別居		万円	<input type="checkbox"/> 発行が必要
(フリガナ)	昭和 平成 令和 年 月 日	男 女	同居 別居		万円	<input type="checkbox"/> 発行が必要

※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ます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	保険料入金	お知らせ送付	

受付日付印