

記入例

河合楽器健康保険組合理事長殿

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

被保険者証の記号・番号を記入

太枠内に申請者をご記入下さい。

<注意>

保険料引落しのための書類は別です。
受付後、健康保険組合よりご本人宛に送付します。

常務理事	事務長	担当

(留意事項)

- 資格期間は2年です。
- 保険料は全額自己負担することになります。
- 被保険者資格の喪失は、次の場合に限られます。
 - ①有効期間を満了した時。
 - ②被保険者が死亡した時。
 - ③保険料納付期日(当月10日)までに健保へ入金しない時。
 - ④再就職により、他の健康保険の被保険者となった時。
 - ⑤後期高齢者医療制度の被保険者となった時。
 - ⑥本人より資格喪失の申出があった時。
- 住所、氏名等に変更が生じた時は連絡下さい。
- 本申請書の提出期限は、退職後20日以内です。
- 40歳以上65歳未満の方は、健康保険料に介護保険料が上乗せされます。
- マイナ保険証を所持していない場合は「資格確認書(再)交付申請書」の提出が必要です。

上記のことについて、十分検討し承知しました。納付期限迄に保険料を入金しない場合は資格喪失を通知されても異議を申しあげません。

() 年 月 日

氏 名

留意事項を十分確認のうえ署名

記号	番号	フリガナ	ケンポ アキオ	性別	生 年 月 日
1	209876	氏 名	健保 明夫	① 男 ⑤ 昭 2. 女 7. 平	33年 2月 11日
3	河合楽器健康保険組合	フリガナ	シズオカケン ハマツツシ チュウオウク テラジマチョウ	退職後に居住するところを記入	
6	カワイ労組	住 所	静岡県 浜松市中央区寺島町 500		
14	カワイ精密金属(株)	郵便番号	430 — 0926	電 話	053 — 457 — 9999
15	(株)カワイハイパーウッド			携 帯	090 — 9999 — 9999
17	(株)カワイビジネスソフトウェア	退職時の事業所名称	(株)河合楽器製作所		
18	(株)カワイアシスト	退職日	(令和) 3 年 5 月 31 日	退職時の標準報酬月額	500 千円
在籍する最終日 →					
保険給付金振込依頼及び保険料自動引落依頼 本人名義口座					
ゆうちょ銀行	通 帳 記 号	通 帳 番 号			
	12340	00123451			
備 考	退職時の本人の標準報酬月額を記入 不明な場合は健康保険組合へお問合せください。				
本人名義の口座を記入してください。 この口座は保険料引落としと健康保健組合からの給付金の振込みに使用します。					
資格喪失予定日			標準報酬月額		
() 年 月 日			() 年 月 日 千円		

申請書は、保険料2ヶ月分と扶養者の再認定指定書類を同封して現金書留にて本人が健康保健組合へ直接郵送してください！

<送付先>

〒430-8665

静岡県浜松市中央区寺島町200番地
河合楽器健康保険組合