

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

太枠内に申請者をご記入下さい。

記 号	番 号	フリガナ		性別	生 年 月 日
		氏 名		1. 男 2. 女	5. 昭 7. 平 年 月 日
フリガナ					
住 所	都・道 府・県				
	郵便番号	—	電 話	—	—
			携 帯	—	—
退職時の事業所名称					
退 職 日	() 年 月 日	退 職 時 の 標準報酬月額		千円	
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		
備 考					

※記号・番号に代えて個人番号で申請する場合は備考欄に記入し、個人番号確認・本人確認の書類を添付してください。

健保記入欄

資 格 取 得 日	資 格 喪 失 予 定 日	標準報酬月額
() 年 月 日	() 年 月 日	千円

常 務 理 事	事 務 長	担 当
決定伺日	() 年 月 日	

(留意事項)

- 1. 資格期間は2年です。
- 2. 保険料は全額自己負担することになります。
- 3. 被保険者資格の喪失は、次の場合です。
 - 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。
- 4. 住所、氏名等に変更が生じた時は連絡下さい。
- 5. 本申請書の提出期限は、退職後20日以内です。
- 6. 40歳以上65歳未満の方は、健康保険料に介護保険料が上乘せされます。
- 7. 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