

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

申請日 令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	昭和・平成	年	月	日
申請者	印					
現住所	〒 ー					
電話番号	() ー	携帯番号				
今後、転居に伴う住所変更がある場合記入	〒 ー					
移転予定	令和	年	月頃	連絡先		
性別	男・女	※資格喪失後の際の標準報酬月額			千円	
被保険者記号番号	旧番号	()	※新番号	(100)		
退職日	令和	年	月	日	※資格喪失日	令和 年 月 日
〔保険料納付方法〕						
該当欄にチェック記号（✓）を入れてください。						
<input type="checkbox"/> 1. 毎月払い（翌月分を毎月27日に口座振替する <u>月納</u> ） →後日必要な手続き書類をお送りいたします						
<input type="checkbox"/> 2. 6ヵ月単位払い（4月～9月、10月～翌年3月の区分で納付する <u>前納</u> ）						
<input type="checkbox"/> 3. 1ヵ年単位払い（4月～翌年3月の区分で1年分を納付する <u>前納</u> ）						

※資格喪失日は退職日の翌日です。
※網掛け部分は記入の必要はありません。

〔被扶養者の届出について〕

健康保険の被扶養者がいる場合で引き続き扶養を希望される場合、または扶養を取消される場合は「被扶養者異動届」を申請書と併せてご提出ください。

（異動届は会社又は健保組合総務課にあります）