

# 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

申請日 令和 2 年 9 月 20 日

ふりがな	けんぼ たろう			生年月日	昭和・平成 55 年 6 月 25 日		
申請者	健保太郎 印						
現住所	〒 799 - 0101 愛媛県四国中央市三島朝日△△△-〇〇						
電話番号	( 0896 ) △△-〇〇〇〇			携帯番号	090-△△△△-〇〇〇〇		
今後、転居に伴う住所変更がある場合記入	〒 -						
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	( 1 ) 12345		※新番号	( 100 )		
退職日	令和 2 年 9 月 30 日			※資格喪失日	令和 2 年 10 月 1 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 checked="" type="checkbox"/> 1. 毎月払い (翌月分を毎月 27 日に口座振替する月納) →後日必要な手続き書類をお送りいたします							
<input type="checkbox"/> 2. 6 ヶ月単位払い (4 月～9 月、10 月～翌年 3 月の区分で納付する前納)							
<input type="checkbox"/> 3. 1 ヶ年単位払い (4 月～翌年 3 月の区分で 1 年分を納付する前納)							

※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)