

任意継続被保険者資格取得申出書

常務理事	事務長		担当

令和 年 月 日

退職時の記号・番号	記号	○	番号	○○○○○			
氏名	フリガナ	ケンボ タロウ					
		健保 太郎					
申請者の住所	〒	151-0051					
		東京都渋谷区千駄ヶ谷○-○-○					
	自宅Tel	03 (1234) 5678	携帯Tel	090 (9876) 5432			
生年月日	昭和 平成	○年 ○月 ○日 (○○)歳	性別	男・女			
メールアドレス (退職後に連絡がとれるもの)	○○△△@○○○.ne.jp						
任意継続資格取得日 (退職日の翌日)	令和 ○年 ○月 ○日						
退職時の所属会社名	○○○○株式会社						
退職時の所属部署名	○○支店						
給付金等振込先	金融機関コード	1234	支店コード	123			
	○○○	銀行 信用金庫	○○	本店 支店			
	普通 口座番号	1234567	口座名義(カナ)	ケンボ タロウ			
保険料の納入方法	1. 毎月ごと※		2. 1年分前納		3. 半年分前納		
	※1.の場合のみ「預金口座振替依頼書 兼 預金口座振替申込書(健保0002)」を提出してください。						
保険料の納入期日までに入金の確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとる事に同意致します。							
被保険者氏名				健保 太郎		※自署ください	

(注) 1. この申請書は資格喪失日から20日以内に健康保険組合に届かない場合は受付できませんのでご注意ください。

備考	個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

※健保記入欄	任意継続被保険者証 記号・番号		
	資格喪失予定日	令和 年 月 日	
	資格喪失時 標準報酬月額		千円
	決定月額		千円
	初回保険料		円
	初回保険料 振込月	月～ 月分	
	口振開始終了月	開始 月分～最終 月分まで	
	初回保険料 納付期限	令和 年 月 日	

受付日付印