

常務理事

事務長

係

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

資格喪失の際の健康保険 被保険者証	記号 番号	氏名 生年月日	T・S・H 年 月 日			性別 男・女
退職年月日	令和 年 月 日					
標準報酬月額	資格喪失の際の標準報酬月額	千円				
	* 理事長が公示した標準報酬月額	千円				
	* 決定標準報酬月額	千円				
資格喪失の際勤務 されていた事業所	名称					
	所在地					
資格喪失前の被保険者であった期間	昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月					
被扶養者	氏名	生年月日	性別	続柄	住所(別居の場合に記入してください)	
					同・別	
					同・別	
					同・別	
保険料の納付期日までに入金が確認取れない場合、資格喪失の手続を取ることに同意します。						
被保険者氏名						
本人の銀行口座	銀行	支店	普・当	No.		
2回目以降の保険料の納付方法 (1回目は申込時に振込です)	① 月払い(納付期日当月 10 日)		② 自動引落し(納付期日前月 27 日)			
	③ 3 月分まで前納(再就職・死亡以外では保険料は返戻できません)					
上記の通り申請します。						
令和 年 月 日						
	〒	—	電話	()		
	住所					
	氏名					

- ※欄は、記入する必要はありません。
- 被扶養者がある場合は、同時に健康保険被扶養届を提出してください。
- 任意継続期間は2年間です、再就職以外は途中脱退はできませんので、申込前に確認してください。