シ ナ ネ ン 健 康 保 険 組 合

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		氏　　名		性別	男・女
	番号		生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		
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　　日					

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	
					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）			
	③3 月分まで前納（再就職・死亡・申出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

1. ※欄は、記入する必要はありません。
2. 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。
3. 任意継続期間は２年間です。再就職・申出以外は途中脱退はできませんので、ご留意ください。