

				番 号			
常務理事		担 当 者	任意継続被保険者 資格取得年月日	令和	年	月	日
			任意継続被保険者 資格喪失予定年月日	令和	年	月	日
前資格期間		資格喪失の際の 標準報酬月額	決定標準報酬月額	健康保険料			
取得	年	月	日	調整保険料			
喪失	年	月	日	介護保険料			
		千円	千円	合 計			

.....[これより上は、健保組合使用欄ですので、ご記入不要です].....

◆健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

退職時の健康保険証 の記号及び番号	—		氏 名			男・女			
		生年月日		昭・平	年	月	日 (才)		
自宅住所 電話番号	郵便番号				—				
	自宅Tel — — 携帯Tel — —								
勤務していた 事業所名称				資格喪失日 (退職日の翌日)	令和		年	月	日

今後2年間の保険料納付方法 (次のいずれか一つを ☒ 選択してください)		
☐ 毎月払い	☐ 6ヶ月前納	☐ 12ヶ月前納
解説) 6ヶ月前納: 4月 (又は※任継加入月の翌月) ~ 9月、10月 (又は※任継加入月の翌月) ~ 翌年3月 (年度末) までの年2回払い 12ヶ月前納: 4月 (又は※任継加入月の翌月) ~ 翌年3月 (年度末) までの年1回払い ※前納を選んだ場合、任継申請時期によっては翌々月からの適用になります。また、加入月は月払いの納付になります。		

還付金等振込先金融機関 (健保からの給付金等の希望入金先です) ※保険料の自動引き落としは行っていない			
金 融 機 関	支 店 名	口 座 番 号	
		普通・当座	

◆被扶養者 (被扶養者として継続する方を記入してください)

氏 名	生年月日 (和暦)	性別	続柄	職 業	年 間 収 入	
		男・女				
		男・女				
		男・女				
		男・女				
		男・女				

※ 18歳以下の学生以外の方は、扶養実態調書①②と扶養認定に必要な書類 (所得証明書、住民票、在学証明書、直近の収入証明 等) を確認のうえ 必ず添付して下さい。不足の場合は提出されるまで認定となりません。

受付日付印