

健康保険 任意継続 被保険者 資格取得申請書

健 保 組 合		
常務理事	事務長	担当者

健康保険組合 の 受 付 印

健康保険被保険者証	
記 号	番 号 (左づめで記入)

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 の 氏 名	
(氏) _____	(名) _____
Ⓜ	

退職時の 事業所名		退職時の所属 (または出向先)	部 _____	店・グループ 課・室
被保険者の 住所・電話	〒 _____			
	TEL (自宅)		TEL (携帯)	

被扶養者の氏名	生 年 月 日	性別	続柄	取 入		同 居	別 居		◎保険料の納付方法(どちらか選んで○印をしてください)
				内 訳	平均月額 (税込)		単 身 赴 任	施 設 入 居	
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男		なし・年金 給与収入 その他 ()	円				1. 一括前納 2. 毎月納入 【一括前納】 当年度分(任継取得月～3月まで)の保険料を一括納入すると割引になります。 【毎月納入】 毎月、当月分の保険料を当月の〔1日～10日〕の間に納入してください。 保険料が納入期日までに納入されていない場合は、資格がなくなります。 ※保険料を納入された年度の途中で、任継を脱退することはできません。 ※保険料の納入は、一括前納・毎月納入のいずれも銀行振込となります。
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男		なし・年金 給与収入 その他 ()	円				
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男		なし・年金 給与収入 その他 ()	円				
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男		なし・年金 給与収入 その他 ()	円				
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男		なし・年金 給与収入 その他 ()	円				

給付金振込先 ※任意継続保険料の引き落としは行っておりません。			
金融機関名	支 店 名	預金種別	普・当
		口座 No.	
金融機関 コード	支 店コード	口座 名義	カタカナ

受 付 印

健康保健被保険者の記号・番号の代えてマイナンバーにより申請する場合は、右記(備考)欄に記入して下さい。
 ※ マイナンバーを記入する場合は、確認のために添付書類が必要となります。
 (R1.6)

備考	
----	--