

健康保険 任意継続 被保険者 資格取得申請書

健康保険組合		
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)

1	2	3	4	5	6		
---	---	---	---	---	---	--	--

令和 ○年 △月 ◇日提出

被保険者の氏名

(氏) ケンポ 健保 (名) タロウ 太郎

退職時の事業所名 大阪○×△(株)

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 〒 123-4567 ◇◇府○△市◇町×-×-×
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)			
(フリガナ) ケンポ 健保 ハナコ 花子	昭平令 ○ × × △ ○ ×	男 女	妻	なし・年金 給与収入 其他 ()	円	○		1. 一括前納 2. 毎月納入
(フリガナ)	昭平令	男 女		なし・年金 給与収入 其他 ()	円			【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。
(フリガナ)	昭平令	男 女		なし・年金 給与収入 其他 ()	円			【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。
(フリガナ)	昭平令	男 女		なし・年金 給与収入 其他 ()	円			※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。

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
○×銀行	○×△支店	口座No.	1 2 3 4 5 6 7
金融機関コード	支店コード	口座名義	カタカナ ケンポ タロウ

受 付 印

健康保険被保険者の記号・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 記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。