

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

太枠の中をすべて記入してください。

被保険者等記号番号	記号	99	番号	12345	生年月日	昭 平 35年 7 月 15 日
記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください						
氏 名	富士 太郎				性 別	☒ 男 ☐ 女
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	7 年	7 月	16 日	資格喪失時標準報酬月額	380 千円
郵便番号	573-0014		電話番号	080-0000-0000 日中連絡のとれる番号をご記入下さい。		
住 所	大阪府枚方市村野高見台1-40					
勤務していた事業所	名 称 フジパン (株)					
保険料の納付方法 ※希望する納付方法にチェックを入れてください。	☐ 毎月納付 毎月1日から10日までに振込 ☐ 前納：6か月分納付 (9月分まで) (資格取得月から9月分まで) ☒ 前納：12か月分納付 (3月分まで) (資格取得月から翌年3月分まで) ※振込手数料は被保険者様のご負担となります。					
本人名義口座 (必ず記入のこと)	〇〇 銀行〇〇支店 普通・当座 口座NO. 0000000					
※任意継続保険について、下記の内容をご確認の上、署名をお願いいたします。 在職中は、毎月の保険料はその翌月の給与から徴収されていまして。退職した月の保険料は（月末付の退職を除き）徴収されていません。任意継続保険においては、毎月の保険料をその同じ月に徴収することと決められています。毎月10日（休日の場合は翌営業日）までに指定の口座に納めないと、その翌日に資格を失うことになります。以上、説明を受けました。 氏名 富士 太郎						

記入上の注意

- 健康保険法第37条の規定により、申請書は資格喪失日から20日以内に提出のこと。
- この届に住民票添付の事（但し、資格喪失後の交付日付のもの）
- 家族を引続き扶養したい時は、再度被扶養者異動届と被扶養者の住民票及び所得を証明する関係書類を添付して下さい。（資格喪失後の交付日付のもの）不明な点は当組合TEL（052）831-3385までお問い合わせください。

以下は、健保使用欄のため、記入しないで下さい。

資格取得日	平成・令和	年	月	日	任継資格取得日	令和	年	月	日
資格喪失日	令和	年	月	日	任継資格喪失予定日	令和	年	月	日
標準報酬 月額	喪失時	喪失時年齢		保険料	任継記号番号	3 1 -			
		一般保険料		円					
	調整保険料		円						
	決定	一般保険料合計		円	受付日付印				
	介護保険料		円						
千円	合計		円						