

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

(資格喪失日から20日以内に、預金口座振替依頼書と共に提出してください。)

令和 年 月 日

下記のとおり申請します。

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	資格喪失時の 健康保険証の 記号・番号	記号 番号	資格喪失時に 使用されていた 事業所	名称 所在地				
	被保険者氏名	(フリガナ)		生年 月日	昭和 年月日 平成	性別	男女	
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日		資格喪失時の 標準報酬月額	千円			
	住 所	〒						
	電 話 番 号	( )						
	給付金振込先	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は☑、利用しない場合は下記の欄を記入) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>						
		金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義 (カタカ)		
	保 险 料 の 納 付 方 法	いずれかの数字を○で囲んでください。 1. 毎月納付 2. 半期前納 (4月~9月、10月~翌年3月の半期を単位として納付) 3. 全期前納 (4月~翌年3月を単位として納付)						
	健 康 保 険 法 第 37 条 の 規 定 に よ る 期 限 (資 格 喪 失 の 日 か ら 20 日 以 内 ) を 経 過 し た 後 に 申 請 書 を 提 出 す る 場 合 に 、 遅 滞 し た 理 由 を 記 入 し て く だ さ い 。							
退職時の被扶養者で引き続き被扶養者とされる方についてご記入ください。 <b>健康保険被扶養者 (異動) 届</b>								
氏名		生年月日		性別	続柄	同居・ 別居の別	職業	年間収入
(フリガナ)		昭和 年 月 令和		男 女		同居 別居	有 無	円
(フリガナ)		昭和 年 月 令和		男 女		同居 別居	有 無	円
(フリガナ)		昭和 年 月 令和		男 女		同居 別居	有 無	円
(フリガナ)		昭和 年 月 令和		男 女		同居 別居	有 無	円

健 康 保 険 組 合 記 入 欄	記号	標準報 酬月額	千円	1ヵ月分の 保険料	一般保険料	円	
	番号			円	介護保険料	円	
	資格取得年月日		令和 年 月 日		資格喪失予定年月日	令和 年 月 日	
					資格喪失年月日	令和 年 月 日	
	保険証交付日		令和 年 月 日		保険証回収日	令和 年 月 日	
	初回保険料		連絡日	令和 年 月 日	納付書	令和 年 月 ~ 令和 年 月	
納付期限			令和 年 月 日	納付日	令和 年 月 日		
口座振替開始日		令和 年 月 日					