

任意継続被保険者資格取得申出書

常務理事	事務長		担当

令和 年 月 日

資格喪失時の 記号・番号	記号		番号						
氏名	フリガナ								
申請者の住所	〒								
	自宅Tel	()	携帯Tel	()					
生年月日	昭和 平成	年	月	日 () 歳					
性別	男 ・ 女								
メールアドレス (退職後に連絡がとれるもの)									
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日								
資格喪失時の所属会社名									
資格喪失時の所属部署名									
給付金等振込先	銀行 信用金庫			本店 支店					
	普通	口座番号	口座名義(カナ)						
保険料の納入方法	1. 毎月ごと 2. 1年前前納 3. 半年分前納								
保険料の納入期日までに入金の確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとる事に同意致します。									
被保険者氏名									
被 扶 養 者 状 況	氏名	生	年	月	日	性別	続柄	住	所
		昭 平 令	年	月	日				
		昭 平 令	年	月	日				
		昭 平 令	年	月	日				

(注) この申請書は資格喪失日から20日以内に健康保険組合に届かない場合は受付できませんのでご注意ください。

必要書類

・世帯全員の住民票

扶養家族を同時に申請する際は、別途添付書類が必要

・妻：非課税証明書もしくは直近給与明細3か月分

・子(大学生)：在学証明書もしくは学生証コピーおよび、非課税証明書

・子(高校生高校以下)：不要

受付日付印

※ 健 保 記 入 欄	任意継続被保険者証 記号・番号	
	資格喪失予定日	令和 年 月 日
	資格喪失時 標準報酬月額	千円
	決定月額	千円
	初回保険料納入日	