

任意継続被保険者資格取得申出書

常務理事	事務長	担当

下記のとおり任意継続被保険者資格取得を申請します。

		年		月	日	提出		
資格喪失時の記号・番号		記号		番号				
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)		令和 年 月 日 (申請期限: 資格喪失日より20日以内 健保必着)						
資格喪失時の 事業所	事業主 名称							
	所在地							
給付金等振込指定先 ※被保険者本人名義に限る		銀行			本店	普通・当座		
		口座番号			口座名義		フリガナ	
保険料納入指定区分 ※希望する番号に○		1. 毎月ごと		2. 半年分前納		3. 1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いたします。								
被保険者氏名								
被扶養者 状況 (届)	氏名		生年月日		性別	続柄	住所	
			昭和 平成 令和		年 月 日			
			昭和 平成 令和		年 月 日			
			昭和 平成 令和		年 月 日			

(被扶養者状況が、現職時と異なる場合、「被扶養者異動届」と「その他添付書類」が必要です。)

申請者の住所	〒	
	自宅TEL ()	携帯TEL ()
メールアドレス		

健保記入欄	任意継続 記号・番号	記号	番号
	資格喪失時標準報酬月額		千円
	喪失予定年月日		令和 年 月 日
	納付書・仮保険証	保険料入金	本保険証送付 健保サイト

受付日付印