

# 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。

		2019年 5月 30日 提出			
資格喪失時の記号・番号	記号	1	番号	1 2 3 4	
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	令和 1年 5月 21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	デル株式会社			
	所在地	神奈川県川崎市幸区堀川町580番地			
給付金等振込指定先 ※被保険者本人名義に限る	三菱東京UFJ 銀行	代々木	本店 支店	普通・当座	
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	フリガナ	ケンポ タロウ	
	口座名義	健保太郎			
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      健保太郎					
被扶養者 状況 (届)	氏名	生年月日	性別	続柄	住所
	健保 花子	昭和 平成 令和 48年 3月 20日	女	妻	被保険者と同じ
	健保 健太	昭和 平成 令和 16年 5月 5日	男	長男	被保険者と同じ
	健保 保次郎	昭和 平成 令和 17年 9月 11日	男	父	〒279-0000 千葉県浦安市舞浜99-999-909
		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	〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷1-1-1
メールアドレス	自宅TEL 03 ( 1234 ) 5678 携帯TEL 080 ( 1234 ) 5678 taro_kenpo@gmail.com

健保 記入 欄	任意継続被保険者 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