

常務理事	事務長	係員

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

※ 任意継続 被保険者証	記号	番号	フリガナ				
	2000		氏名				
① 喪失時 被保険者証			生年月日	昭和 平成	年	月 日	
② 資格喪失 の年月日	平成	年	月	日	③ 資格喪失時の 標準報酬月額	等級 千円	
④ 資格喪失 の事業所	名称						
	所在地						
⑤ 本人名義 の口座	銀行 金庫	本店	1.普通 2.その他 ()				
			口座番号				
⑥ 保険料の 納付方法	選 択	1	月納 (毎月銀行口座から自動引落し)	2	6ヶ月前納(年2回) (3月=4月~9月分 保険料を 9月=10月~3月分 銀行振込)	3	1年前納(年1回) (3月=4月~翌年3月分まで の保険料を銀行振込)

上記のとおり、申請します。

〒

申請者の

住所

電話番号 市外局番 () —

携帯電話 () —

氏名 (印)

平成 年 月 日

日本発条健康保険組合理事長 殿

* 記入頂いた個人情報は当組合にて厳重に管理し、ご本人の同意がない限り、外部委託以外の第三者へは提供いたしません。(ここでの外部委託とは、口座振替依頼書にある収納代行会社「明治安田システムテクノロジー(株)」です)

記入上の注意

- 1 ※は記入不要
- 2 ⑥保険料の納付方法を1つ選択し、希望する番号に○をすること。
- 3 資格喪失の日(退職などした日の翌日)から20日を経過した後に申請書を提出する場合には、遅滞した事由を記入すること。

受付日付印