

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	令和 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 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 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 固定電話 () —

 携帯電話 () —

氏 名

⑩

令和 年 月 日
日本発条健康保険組合理事長 殿

*ご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「明治安田収納ビジネスサービス(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