健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

記号	番号
２０００	

①	申請者氏名	(フリガナ)			
②	資格喪失日 (退職日の翌日)	令和　　年　　月　　日	③ 退職時の被保険者証	記号	番号
④	退職時の事業所名称				
⑤	申請者住所	〒			
⑥	電話番号	固定電話　(　　)　　－ 携帯電話　(　　)　　－			
⑦	メールアドレス	＠ ＊各種ご案内をﾒｰﾙにてお送りします。ﾌﾘｰﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ可。ﾄﾞﾒｲﾝ指定の解除お願いします。			
⑧	本人名義口座 (給付金振込先)	銀行 金庫	支店	1.普　通　　2.その他　(　　) 口座番号	
⑨	保険料の納付方法	納付方法は右記から1つ選択し番号に○をつけてください。 ⑧の口座から引落しされません。	**1** 月納　(毎月、指定銀行口座から自動引落しされます) **2** 6か月前納　(年2回、銀行での振込みとなります) **3** 12か月前納(年1回、銀行での振込みとなります)		

⑩ 被扶養者について

氏名	続柄	居住	年間収入
		1.同居 2.別居	千円
氏名	続柄	居住	年間収入
		1.同居 2.別居	千円
氏名	続柄	居住	年間収入
		1.同居 2.別居	千円

＊ご記入頂いた個人情報は当健保組合にて厳重に管理し、ご本人の同意がない限り、第三者へは提供いたしません。
(但し、保険料納付に月納を選択された場合、収納代行会社「明治安田収納ビジネスサービス(株)」を通じ指定銀行へ口座振替依頼書を提出させていただきます。)

【記入上の注意】
- 太枠内を全てご記入ください。
- この申出書は資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内に当組合へ提出（必着）してください。

随時、最新情報を当健保組合ホームページに掲載しています。
ぜひ、お気に入りに登録していただきご活用ください。

以下は健保組合使用　　受付印

常務理事	事務長	担当者

日本発条健康保険組合