

# 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

記 号	番 号
2 0 0 0	

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	@			
<small>* 各種ご案内をメールにてお送りしますのでご記入ください。フリメールアドレス可。ドメイン指定の解除をお願いします。</small>				
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	1 月納 (毎月銀行口座から自動引落し)	2 6か月前納 (年2回振込み)	3 12か月前納 (年1回振込み)	
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)」を通じて指定銀行へ  
口座振替依頼書を提出します。ご了承ください。)

- 記入上の注意
- ・太枠内を全てご記入ください。
  - ・⑨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。
  - ・現職時より引き続き扶養を続ける方がいる場合は⑩の欄に記入すること。
  - ・任意継続申請は、資格喪失の日から20日以内に提出すること。

日本発条健康保険組合

右のQRコードから任意継続専用ホームページ（任意継続関係の説明あり）にアクセスできましたか？

- アクセスできました
- やり方が判らない
- なんのことですか？



以下は健保組合使用

常務理事	事務長	係員

現金納付  
@

✕

受付日付印