

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

						被保険者等 記号・番号	
						2000 —	
①	退職時の被保険者等記号・番号	②	申請者氏名 (フリガナ)				
	—						
③	資格喪失日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	④	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※「資格確認書(新規・再交付)申請書」を併せてご提出ください。		
⑤	退職時の事業 所名称						
⑥	申請者住所	〒					
⑦	電話番号	固定電話			携帯電話		
⑧	メールアドレス	@					
	* 各種ご案内をメールにてお送りします。フリメールアドレス可。ドメイン指定の解除をお願いします。						
⑨	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			
⑩	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記載していただいた口座からは引落はされません。(別途申請書提出)		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、銀行等での振込みとなります)		
				3	12か月前納(年1回、銀行等での振込みとなります)		
⑪	被扶養者 について	氏名(フリガナ)	続柄	居住	年間収入	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※「資格確認書(新規・再交付)申請書」を併せてご提出ください。
				1.同居 2.別居	千 円		
		氏名(フリガナ)	続柄	居住	年間収入	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※「資格確認書(新規・再交付)申請書」を併せてご提出ください。
				1.同居 2.別居	千 円		
		氏名(フリガナ)	続柄	居住	年間収入	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※「資格確認書(新規・再交付)申請書」を併せてご提出ください。
				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。

以下は健保組合使用欄

常務理事	事務長	担当者

[ 受付印 ]