

常務理事	事務長	担当

## 任意継続被保険者資格取得申出書

健康保険法第37条の規定により、資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内に申請書を提出し、保険料を納付してください。

※下記被保険者記入欄について、漏れなく記入してください。 令和 年 月 日提出

被 保 険 者 記 入 欄	次の内容に同意の上、任意継続の資格取得申請をいたします。									
	1. 保険料納付期日までに入金確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとることに同意します。 2. 再就職し、他の健康保険組合の被保険者になった時点で資格喪失手続きを速やかに行います。 3. 届出内容に変更が生じたら、速やかに健康保険組合へ届出を行います。									
	フリガナ 氏名									
	生年月日 昭和 年 月 日 平成									
	在職時の被保険者証記号番号	記号	番号	退職年月日	令和 年 月 日					
	退職後住所	〒				自宅Tel				
	メールアドレス	@				携帯Tel				
	給付金等振込先	銀行 信用金庫 信用組合				本店 支店	預金種類	口座番号 (右づめ)		
		口座名義 (フリガナ)				普通 当座				
	保険料納入方法	1. 毎月ごと			2. 半年分前納		3. 1年分前納			
被 扶 養 者 状 況 欄	※任意継続資格取得時に、新規で扶養家族を追加する場合には「被扶養者異動届」と『その他添付書類』が必要です。									
	氏名	生年月日			性別	続柄	住所 (被保険者と同居の場合記入不要)			
		昭和 平成 令和	年	月	日					
		昭和 平成 令和	年	月	日					
		昭和 平成 令和	年	月	日					

※健 保 記 入 欄	任意継続被保険者証	記号	番号
	任意継続資格喪失予定日	令和 年 月 日	
	資格喪失時標準報酬月額	千円	
	決定月額	千円	
健保サイト			

受付日付印