

任意継続被保険者資格取得申請書

| | | |
|------|--|-----|
| 常務理事 | | 担当者 |
| | | |

太枠の中を記入して下さい。

| | | | | | | |
|------------------|-----------------------------------|----|--|---|-------|----------------|
| 現在の 保険証 記号 | | 番号 | | 資格喪失 の際使用 されてい た事業所 | 名 称 | 所在地 |
| 任 継 取得後 | 記号 | 番号 | | | | |
| 保険料納付方法（希望に○） | | | | 1. 一括納付(年度末まで) 2. 一括納付(半期毎) 3. 毎月納付 | | |
| (フリガナ) | | | | 性別 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 |
| 氏 名 | ④ | | | 男・女 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 住 所 | (フリガナ) 〒 - | | | | | |
| 電話番号 (日中の連絡先) | | | | | | |
| 資格確認書発行要否 | <input type="checkbox"/> 必要：理由（ ） | | | | | |

※保険料の自動引落しはできませんのでご了承下さい。
 ※金融機関は、健保組合からの給付金・補助金等の振込用です。
 ※ご本人の名義に限ります。

| | | | | |
|-----|--------|-----|------|--------|
| 銀行名 | 支店名 | 店番号 | 口座番号 | 口座名義 |
| | (フリガナ) | | 普・当 | (フリガナ) |

【被扶養者申請欄】

*当健保加入事業所を退職後、引き続き被扶養者として申請する場合は『継続』に○を付けてください。
 *新規に被扶養者を申請する場合は『新規』に○を付けてください。各種証明書等の書類が必要ですので、詳細につきましては、健康保険組合までご連絡下さい。 TEL0547-39-3111

| * 区分 | (フリガナ) 氏 名 | 性別 | 生 年 月 日 | 続 柄 | 年金・恩給 の受給 | 収 入 (年収見込) |
|----------|---------------|------------|----------------------------|-----|--------------|---------------|
| 継続 新規 | | 1 男 2 女 | 5 昭 7 平 9 令 年 月 日 | | 1 有り 2 無し | 有・無 (円) |
| 継続 新規 | | 1 男 2 女 | 5 昭 7 平 9 令 年 月 日 | | 1 有り 2 無し | 有・無 (円) |
| 継続 新規 | | 1 男 2 女 | 5 昭 7 平 9 令 年 月 日 | | 1 有り 2 無し | 有・無 (円) |
| 継続 新規 | | 1 男 2 女 | 5 昭 7 平 9 令 年 月 日 | | 1 有り 2 無し | 有・無 (円) |

【健康保険組合使用欄】

| | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------|----------|-------|-------|
| 任意継続被保険者 資格取得年月日 | 令和 年 月 日 | 任意継続被保険者 資格喪失予定日 | 令和 年 月 日 | 健康保険料 | 介護保険料 |
| ○ 受付印 | 資格喪失の際の 標準報酬月額 | 決定標準報酬 月額 | | 円 | 円 |
| | 千円 | 千円 | | | |

特種東海健康保険組合