

# 任意継続被保険者資格取得申出書

常務理事	事務長	担当

ウエスタンデジタルテクノロジーズ健康保険組合理事長 殿

下記のとおり、申し出ます。

資格喪失時の記号・番号		
資格取得の年月日	平成・令和	年 月 日
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	令和	年 月 日
資格喪失時の標準報酬月額	※ 千円	決定月額 ※ 千円
資格喪失時の 事業所	事業所 名称	
	所在地	
給付金等振込指定先	銀行	支店 普・当 No.
保険料納入指定区分	1. 毎月ごと	2. 半年分前納 3. 1年分前納

## 保険料誓約書

私は、任意継続被保険者資格にかかる保険料について、その納付額を指定された納付期限までに遅延なく納めることを、ここに誓約します。  
万一、保険料の納付が遅延し、指定された納付期限までに貴健康保険組合で確認できなかったときは、納付期限の翌日から任意継続被保険者資格を喪失させることに同意するとともに、ただちに被保険者証を返却します。

被保険者氏名

申出者の住所	〒 -	自宅 ( )	携帯 ( )
(フリガナ) 氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( ) 歳	性別	男・女
メールアドレス			

在職中のときと扶養家族が同じ場合はその氏名を記入してください。  
尚、新規に扶養家族となる方がいる場合には別途「被扶養者異動届」を提出してください。

被扶養者氏名 (フリガナ)	性別	続柄	生年月日
	1. 男		昭和 平成 年 月 日
	2. 女		令和
	1. 男		昭和 平成 年 月 日
	2. 女		令和
	1. 男		昭和 平成 年 月 日
	2. 女		令和

(注) 扶養削除となる方がいる場合は、別途「被扶養者異動届」を提出してください。  
※印の欄は、記入しないでください。

任意継続被保険者証 記号・番号	※	※
喪失予定年月日	※	令和 年 月 日

受付日付印