任意継続被保険者資格取得申出書

常務理事	事務長		担当

令和　　年　　月　　日

資格喪失時の記号・番号	記号	○○	番号	○○○○○
社員番号	○○○○○			
氏名	フリガナ	ケンポ　タロウ		
	健保　太郎			
申請者の住所	〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷○-○-○ 自宅Tel　03　(　1234　)　5678　携帯Tel　090　(　9876　)　5432			
生年月日	昭和・平成　○　年　○　月　○　日　(○○)歳		性別	男・女
メールアドレス（退職後に連絡がとれるもの）	○○△△@○○○.ne.jp			
資格喪失の年月日（退職日の翌日）	令和　○　年　○　月　○日			
資格喪失時の所属会社名	株式会社○○○○			
資格喪失時の所属部署名	○○支店			
給付金等振込先	○○○　銀行・信用金庫　○○　本店・支店 普通　口座番号　1234567　口座名義(カナ)　ケンポ タロウ			
保険料の納入方法	1.毎月ごと　2.1年分前納　3.半年分前納			
被保険者同意欄	保険料の納入期日までに入金の確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとる事に同意致します。 被保険者氏名　健保　太郎			
資格確認書発行要否	□　資格確認書の発行を希望します（マイナ保険証を利用している場合はチェック不要です）			

被扶養者状況

氏名	生年月日	性別	続柄	住所
健保　花子	昭平令 50年12月16日	女	妻	東京都渋谷区千駄ヶ谷○－○－○
資格確認書発行要否	□　資格確認書の発行を希望します（マイナ保険証を利用している場合はチェック不要です）			
健保　桃子	昭平令 17年 9月 4日	女	長女	同上
資格確認書発行要否	□　資格確認書の発行を希望します（マイナ保険証を利用している場合はチェック不要です）			
	昭平令　年　月　日			
資格確認書発行要否	□　資格確認書の発行を希望します（マイナ保険証を利用している場合はチェック不要です）			
	昭平令　年　月　日			
資格確認書発行要否	□　資格確認書の発行を希望します（マイナ保険証を利用している場合はチェック不要です）			

（注）1. この申請書は資格喪失日から20日以内に健康保険組合に届かない場合は受付できませんのでご注意ください。

備考	
	個人番号（マイナンバー）※任意
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は個人番号確認、身元確認のため以下の2種類の書類を添付してください。 ①個人番号通知カードまたは個人番号記載の住民票の写し ②運転免許証またはパスポートの写し

※健保記入欄		
	任意継続被保険者等記号・番号	
	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
	初回保険料納入日	

受付日付印