

健康保険 任意継続 被保険者 資格取得申請書

健 保 組 合		
常務理事	事務長	担当者

事業所担当者の確認印
日付印

健康保険被保険者証	
記号	番号(右づめで記入)
100	99999

令和 5 年 7 月 28 日提出

被保険者の氏名	
(氏)	(名)
健保	太郎

氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要

退職時の事業所名	株式会社UACJ 名古屋製造所	退職時の所属(または出向先)	部 室・グループ 課・工場 铸造
被保険者の住所・電話	〒 455-**** 名古屋市〇〇区〇〇町*-**-*	退職年月日	年 月 日
		TEL	052-653-****

被扶養者の氏名	生 年 月 日	性別	続柄	収 入		同 居	別 居			◎保険料の納付方法(どちらか選んで○印をしてください)
				内 訳	平均月額(税込)		単身赴任	施設入居	その他	
(フリガナ) 健保 花子	昭平令 4 0 0 8 0 8	男 (女)		なし・年金 給与収入 その他	円	○				1. 一括前納 2. 毎月納入
(フリガナ) 健保 淳子	昭平令 0 2 1 0 1 8	男 (女)		なし・年金 給与収入 その他	円	○				【一括前納】 当年度分(任継取得月～3月まで)の保険料を一括納入すると割引になります。
(フリガナ) 健保 恵子	昭平令 1 5 0 5 0 8	男 (女)		なし・年金 給与収入 その他	円	○				【毎月納入】 毎月、当月分の保険料を当月の〔1日～10日〕の間に納入してください。 保険料が納入期日までに納入されていない場合は、資格がなくなります。
(フリガナ)	昭平令	男 女		なし・年金 給与収入 その他	円					※保険料を納入された年度の途中で、任継を脱退することはできません。 ※保険料の納入は、一括前納・毎月納入のいずれも銀行振込となります。
(フリガナ)	昭平令	男 女		なし・年金 給与収入 その他	円					

給付金振込先 ※任意継続保険料の引き落としは行っておりません。					
金融機関名	支店名	預金種別	普・当		
東海労働金庫	名古屋〇〇支店	口座No.	5	8	5
金融機関コード	支店コード	口座名義	5	0	5
2	9	カタカナ	ケンポ タロウ		
7	2				

健 保 記 入 欄	任 継 番 号	
	任 継 取 得 年 月 日	年 月 日
	退 職 時 月 額	千円

受 付 印