

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

被保険者等	
記 号	番 号 (右づめで記入)

年 月 日提出

被 保 険 者 の 氏 名	
(氏)	(名)

退職時の事業所名		退職時の所属 (または出向先)	部 室・グループ 課 ・ 工場
被保険者の住所・電話	〒	退職年月日	年 月 日
TEL			

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)	昭平令 年 月 日	男 女		なし・年金 給与収入 その他 ()	円					1. 一括前納 2. 毎月納入 【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。 【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。 ※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 年 月 日	男 女		なし・年金 給与収入 その他 ()	円					
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男 女		なし・年金 給与収入 その他 ()	円					
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男 女		なし・年金 給与収入 その他 ()	円					
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	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	
						口座 No.			
金融機関 コード				支 店コード		口座 名義	カタカナ		

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

受付日付印