

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書

令和 〇年〇月〇日 提出

保険証の記号と番号を記入してください

被保険者	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇〇	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎 健保	生年月日 昭・平・令〇〇年〇月〇日	性別 男 女	
住所	〒(〇〇〇-〇〇〇) 安城市〇〇町△△丁目〇番地 退職後 連絡の取れる住所・電話番号を記入してください TEL(携帯)〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇					
事業所名 工場名	〇〇〇〇〇(株)		氏名コード	××××××××		
得喪年月日	資格取得日	昭・平・令〇年 〇月 〇日	資格喪失日 (退職日の翌日)	令和 〇年 〇月 〇日		
保険料 納付方法	1. 振替手続の翌々月より自動振替(前月の26日に引落) 2. 任意継続取得月の翌月分より前納[令和 〇年〇月~年度末まで]					
継続加入 する 被扶養者	1 もしくは2に○をつけてください 2を選出した場合は〔 〕内も記入してください		生年月日	同居 別居	職業	収入の有無 年間収入見込み額
	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	妻	男・女 男 女	昭・平・令 〇〇年 〇月 〇日	同居 別居 同居 別居	無職 0 円/年
	フリガナ		男・女	昭・平・令 年 月 日	別居	
	フリガナ		男・女	昭・平・令 年 月 日	同居 別居	円/年
給付金先 振込先	フリガナ	銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合 支所 農協 出張所	店番号 1 2 3	口座番号 8 7 6 5 4 3 2		
	〇〇		預金種目	1. 普通 2. 当座		
			口座名義	1. 本人 2. その他		
口座名義 その他の 場合の 委任状	私に支払われる給付金に関する権限を 右記代理人に委任致します。		フリガナ			
	代理人住所 〒(-)		代理人氏名			
			TEL	- -		

健康保険組合使用欄	退職時月額	千円		任継記号・番号	90 -		
	任継月額	千円		口座振替開始年月	令和 年 月分~		
	初回保険料	月分	健康保険料	円	前納期間	令和 年 月~令和 年度末	
		月分	介護保険料	円	保険証発行日	令和 年 月 日	
	初回保険料 合計	月分	健康保険料	円	受付印		
		月分	介護保険料	円			
初回保険料 入金日	円						