健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務局長	事務局次長	部　長	次　長	課　長	課長補佐	係　長	係

送付日	
納入期限	
入金日	

太枠内は記入しないでください。

任意継続被保険者記号・番号	9900		資格取得年月日	平成　年　月　日	標準報酬月額	千円	
フリガナ	ケンポ　タロウ	印	性別	男・女	生年月日	昭和・平成	63年 4月 16日生（満30歳）
申請者の氏名	健保 太郎	健保					
フリガナ							
住所	〒OXΔ－XXXX　松戸市小金原 X-X-X				TEL. 047（362）XXXX		

資格喪失の際使用されていた事業所について	記号	4651	番号	329	標準報酬月額	200 千円
	資格取得年月日	昭和・平成 20年 10月 1日	資格喪失年月日（退職日の翌日）	平成30年 5月 1日	退職理由	①自己都合及び定年 2.会社都合
	事業所名称	OX書房株式会社				
	事業所所在地	千代田区神田神保町 X-X-X				

保険料納入方法	①各月払い	2.前納	イ.半年（当年度9月分まで） ロ.1年（当年度3月分まで）	
保険給付金振込口座（ゆうちょ銀行を除く）	銀行名	松下 銀行・信用金庫	口座番号	4146551
	支店名	小金原 支店	口座名義	健保 太郎
	口座種別	普通・当座	備考	

1. 申請者氏名を本人自ら署名した場合は、押印不要です。
2. 被保険者資格を喪失した日の前日まで継続して2カ月以上被保険者期間があること。
3. 申請書は、被保険者資格を喪失した日から20日以内に提出してください。
4. 健康保険任意継続被保険者の保険料は、資格取得した日の属する月の翌月分から当年度9月分まで、もしくは当年度3月分までを前納することができます。なお、場合によっては、前納できない場合があります。

受付日付印

上記のとおり申請します。

平成30年 5月 11日

出版健康保険組合理事長殿

27.12 2×100×20