

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

処 理 年 月 日

健保組合記入欄

記 号	番 号	送 付 日
9900 ・ 9901		納付期限
		入 金 日

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

フリガナ			性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和	年	月	日	(満 才)
申請者の氏名										
フリガナ							電 話 番 号	自 宅	— —	
住 所							携 帯		— —	
資格喪失の際 使用されていた 事業所について	記 号		番 号		資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	退 職 理 由	1. 自己都合及び定年 2. 会社都合		
	事 業 所 名 称									
	事 業 所 所 在 地									
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)		※保険料の支払いは、お渡しする納付書により納付してください。 口座引落はできません。					
保険給付金の 受取口座	銀 行 名		銀 行 信 用 金 庫	支 店 名		支 店	店 番 号			
	口 座 種 別	普 通 ・ 当 座	口 座 番 号		口 座 名 義					

1. 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が必要です。
2. 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。
3. 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、資格取得した日の属する月の翌月に資格取得申請した場合等は、前納できない期間が発生します。
4. 任継用念書と一緒に提出してください。（当組合ホームページよりダウンロードしてください）

受 付 印

令和 年 月 日

上 記 の 通 り 申 請 し ま す 。 出 版 健 康 保 険 組 合 殿