

常務理事	事務長	担当

健康保険任意継続被保険者

資格取得申請書

				届出日	令和	年	月	日	
在職中の被保険者証				フリガナ					
記号		番号		氏名					
生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	退職時の 勤務先 (工場)			
				男・女					
現住所	〒			自宅	()				
				携帯	()				
住民票 住所	〒								
資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日	退職日	令和	年	月	日
資格確認書発行 要否		<input type="checkbox"/> 発行が必要							
被扶養者氏名	続柄	職業	収入(年額)	資格確認書 発行	同居・別居	住所			
				<input type="checkbox"/> 発行が必要	同・別				
				<input type="checkbox"/> 発行が必要	同・別				
				<input type="checkbox"/> 発行が必要	同・別				
				<input type="checkbox"/> 発行が必要	同・別				
保険料納付方法 (希望するものに☑をしてください)	<input type="checkbox"/> 月払(口座振替)		<input type="checkbox"/> 月払(納付書)		<input type="checkbox"/> 前納(通年)		<input type="checkbox"/> 前納(半期)		
還付金・給付金等の 振込口座(本人名義)	(フリガナ)	銀行 (フリガナ)		本店	(普通預金)口座番号				
		信金・信組		支店					
		農協・労金		出張所					
※ゆうちょ口座の指定は不可									
<small>被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーで申請する場合は右の欄に記入してください。※上記に記号・番号を記入した場合は不要です。 マイナンバーで申請する場合は本人確認のため通知カード(写)等を添付し、郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。</small>									

【注意】 ※この申出書は資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内に健保必着でご提出ください。
※保険料の口座振替を希望する場合は「口座振替依頼書」と「同意書」を添付してください。
(保険料の納付方法で「前納」(通年・半期)を選択した場合、口座振替は出来ません。納付書でのお手続きとなります)

※ 以下 健保記入欄 (記入しないでください)				
記号	1399	番号		
任継資格取得日	令和	年	月	日
備考				

健保受付印