

# 任意継続被保険者 資格取得申請書

常務理事	事務長	担当者

申請期限:資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内

記号	XXXX	番号	XXXXXX	勤務していた会社・事業所	○○株式会社 ○○事業所		
氏名	フリガナ ケンコウ タロウ			生年月日	退職日		
	健康 太郎			□ 昭和 □ 平成 □ 令和 Y 年 M 月 D 日	令和 Y 年 M 月 D 日		
退職後の住所	〒 XXX - XXXXXX ○○県 ○○市 ○○町 X-X-X				マンション名・号室まで ご記入ください		
電話番号	自宅 XXX - XXXX - XXXX	携帯 XXX - XXXX - XXXX	メールアドレス	XXXX.YYYY@XXXX.YYYY			
資格確認書発行要否	発行が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要な場合は <input checked="" type="checkbox"/> の上 資格確認書交付申請書を添付してください マイナ保険証による受診ができない方のみ <input checked="" type="checkbox"/>						
保険料納付方法	□ 月払い 口座振替依頼書を添付 <input checked="" type="checkbox"/> 前納(半年) <input type="checkbox"/> 前納(1年)						
同意書	□ 保険料の支払いが納付期限を過ぎた場合は、資格が喪失することに同意します。						
口座は必ずご記入ください		給付金振込口座 (納付方法に関わらず必ずご記入ください)					
金融機関コード	銀行	支店コード	支店	種目	口座番号	フリガナ	ケンコウ タロウ
XXXX	○○○	信用金庫 信用組合	YY Y	△△ 本店 出張所	普通預金 X X X X X X X	口座名義人	健康 太郎
ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください							

被扶養者						
フリガナ	ケンコウ ユウコ		続柄	生年月日	居住地	
氏名	健康 優子		妻	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 Y 年 M 月 D 日	□ 同居 □ 別居	発行必要 <input checked="" type="checkbox"/>
フリガナ			続柄	生年月日	居住地	
氏名				□ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日	□ 同居 □ 別居	発行必要 <input type="checkbox"/>
フリガナ			続柄	生年月日	居住地	
氏名				□ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日	□ 同居 □ 別居	発行必要 <input type="checkbox"/>

添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書の発行が必要な場合 資格確認書交付申請書 <input checked="" type="checkbox"/> 納付方法 月払いの場合 口座振替依頼書 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者が被扶養者でなく他の家族を扶養する場合 配偶者の収入を確認できる源泉徴収票コピー・公的収入証明コピーなど	申請書提出前に 必ず確認してください
------	---	-----------------------

健保記入欄	記号・番号	9990 -
	資格取得日	年 月 日
	資格喪失日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 申出 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 満了
	標準報酬月額	千円
	備考	

※受付日付印

発信者印