

常務理事	事務長	係

任意継続被保険者 資格取得申請書

- ◆この申請書は資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内に提出してください。20日を過ぎた申請は受理できません。
- ◆この申請書に、住民票(本人・扶養家族)を添付のうえ、申請してください。(住民票は続柄表記有りのもの)
- ◆保険料の金額や振込先は、この申請書の受理後にご案内します。

		申請日	令和	年	月	日
退職時の被保険者証の記号・番号		フリガナ				性別
記号	番号	氏名	印			男・女
生年月日		住所(今後ご連絡のつく住所をご記入ください)				
昭・平	年 月 日	〒				
退職時勤務していた会社名		資格喪失日(退職日の翌日)	連絡先	電話		
		令和 年 月 日		E-mail		

- ◆保険料支払方法を下記より選択し、に をしてください。

<input type="checkbox"/> 月払い希望		前納希望 年度区切りで最長12か月までとなります。	
<input type="checkbox"/> 半年前納 (取得月から9月または取得月から3月分まで)		<input type="checkbox"/> 一年前納 (取得月から3月分まで)	

※口座振替はできませんので予めご了承のうえ、申請してください。(振込手数料はご負担いただきます。)

- ◆扶養家族 (有・無) 扶養家族がいる場合は下記にご記入ください。

氏名(フリガナ)	性別	生年月日	続柄	職業	年間収入	同居別居
(フリガナ)	男・女	昭・平・令 年 月 日			円	同居・別居
(フリガナ)	男・女	昭・平・令 年 月 日			円	同居・別居
(フリガナ)	男・女	昭・平・令 年 月 日			円	同居・別居
(フリガナ)	男・女	昭・平・令 年 月 日			円	同居・別居

- ◆給付金振込口座 ※給付金・還付等、当組合からの振込時に使用します。

銀行	支店 (普通)口座番号	フリガナ 口座名義
----	-------------	--------------

※これより下は記入しないでください。

【健保組合記入欄】		資格取得決定・確認事項	
記号・番号	20 —	決定標準報酬月額	千円
資格取得年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日
申請者の資格確認 について 確認した()	資格取得年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
	資格喪失年月日	平成・令和	年 月 日
	喪失時の標準報酬月額	千円	



常務理事	事務長	係

任意継続被保険者 資格取得申請書

- ◆この申請書は資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内に提出してください。20日を過ぎた申請は受理できません。
- ◆この申請書に、住民票(本人・扶養家族)を添付のうえ、申請してください。(住民票は続柄表記有りのもの)
- ◆保険料の金額や振込先は、この申請書の受理後にご案内します。

申請日		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
退職時の被保険者証の記号・番号		フリガナ ガツケン タロウ	
記号	○	番号	0000
氏名		学研 太郎 (印) (男・女)	
生年月日		住所(今後ご連絡のつく住所をご記入ください)	
昭(平)	△年 □月 □日	〒000-0000 □□□県 ◇◇市 ○○ 00-00-0	
退職時勤務していた会社名		資格喪失日(退職日の翌日)	
株式会社○○△△		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
連絡先		電話 000-0000-0000	
		E-mail ○○○○○○ @ ○○○○○○	

- ◆保険料支払方法を下記より選択し、□に レをしてください。

<input checked="" type="checkbox"/> 月払い希望	前納希望 年度区切りで最長12か月までとなります。
<input type="checkbox"/> 半期前納 (取得月から9月または取得月から3月分まで)	
<input type="checkbox"/> 一年前納 (取得月から3月分まで)	

※口座振替はできませんので予めご了承のうえ、申請してください。(振込手数料はご負担いただきます。)

- ◆扶養家族 (有)・無) 扶養家族がいる場合は下記にご記入ください。

氏名(フリガナ)	性別	生年月日	続柄	職業	年間収入	同居別居
(フリガナ) ガツケン ハナコ	男(女)	昭・平・令	妻	主婦	0 円	(同居)別居
学研 花子		○年 △月 □日				
(フリガナ) ガツケン ジロウ	(男)・女	昭・平・令	次男	高校2年	0 円	(同居)別居
学研 次郎		△年 □月 △日				
(フリガナ)	男・女	昭・平・令			円	同居・別居
(フリガナ)	男・女	昭・平・令			円	同居・別居

- ◆給付金振込口座 ※給付金・還付等、当組合からの振込時に使用します。

銀行	支店 (普通)口座番号	フリガナ	口座名義
○△□	☆☆	0000000	ガツケン タロウ 学研 太郎

※これより下は記入しないでください。

【健保組合記入欄】		資格取得決定・確認事項	
記号・番号	20 —	決定標準報酬月額	千円
資格取得年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日
申請者の資格確認 について 確認した()	資格取得年月日	昭和・平成・令和	年 月 日
	資格喪失年月日	平成・令和	年 月 日
	喪失時の標準報酬月額	千円	