

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失時の 記号・番号	99 1000	任継被保険者の 記号・番号	※ ※			
(フリガナ) 氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎 (男)・女)					
生年月日	昭・平 48年 7月 10日生 (41歳)					
資格喪失日(退職日の翌日)	平成 27年 4月 1日					
標準報酬月額	資格喪失時の標準報酬月額	440 千円				
	当組合の平均標準報酬月額	※	千円			
	決定標準報酬月額	※	千円			
資格喪失の際に 使用されていた事業所	名称	〇〇〇株式会社				
	所在地	東京都品川区大崎〇-〇-〇 健保組合記入欄				
資格喪失前の 被保険者であった期間	自	26年10月1日	(年 6ヶ月間)			
	至	27年3月31日				
被 扶 養 者	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	続柄	職業	現住所
	ケンポ ハナコ 健保 花子	昭・平 50年 4月 10日生 (39歳)	女	妻	パート 月7万	品川区大崎〇-〇-〇
		昭・平 年 月 日生 (歳)				
		昭・平 年 月 日生 (歳)				
		年 月 日生 (歳)				
保険料の納入方法	前納 (する)・しない) → する場合 (9月分まで ・ 3月分まで)					
保険給付金 振込先口座	△△△△ 銀行 大崎支店 普通・当座 No. 123456 口座名義 (カタカナ) ケンポ タロウ					
健康保険任意継続被保険者制度について承知いたしました。 なお、定められた保険料の納入については確実に実行いたします。						
健保組合からの給付金を受け取る口座を記入 (保険料の引き落とし口座ではありません)						
平成 27年 4月 2日						
申請者	住所	〒 141 - 0032 東京都品川区大崎〇-〇-〇				
	氏名	健保 太郎 印				
	TEL	03-5470-〇〇〇〇				
	E-mail	kenpo.taro@〇〇〇.co.jp				

前納する・しないどちらかに○を付ける
(前納しない場合、毎月納入する方法(昭平)あります)

被扶養者申請に必要な書類を添付

健保組合からの給付金を受け取る口座を記入
(保険料の引き落とし口座ではありません)

自署の場合、捺印不要

必ず記入

(保険証や書類はこの住所へ送付します)

- (注) 1. ※欄は、健保記入欄のため記入しないでください。
2. 資格喪失日から20日を過ぎると申請できません。
3. 保険料の額や振込先については、申請書受理後にご案内いたします。