

新被保険者証番号

常務理事	事務長	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

<申込者情報>

令和 年 月 日提出

退職時の 被保険者記号・番号	(記号) 	(番号) 	
被保険者 氏 名	(フリガナ) 	性別 印 男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)
被保険者住所 及び連絡先 (郵送物はこちらに送付します)	〒 - 日中連絡のつく電話番号 () - メールアドレス ()		
退職時の 事業所(会社)の名称		資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日
保険給付金の振込先 (被保険者名義の口座)	金融機関コード () 支店コード () 銀行 信金	普通 支店 当座 番号	
保険料納付方法 いずれかを選択 「任意継続のご案内」参照	1. 毎月納付 自動引き落とし ※ネット銀行不可	加入月から2か目までは納付書で納付。3か月目から自動引き落とし ※任意継続加入のタイミングや書類不備等の理由により、 自動引き落としの開始月が4か月目以降になる場合もあります	
	2. 半期前納 加入月の次の月から前納開始	加入月は1か月分納付。次の月から半期の残期間分一括納付。 (上期：4月～9月、下期：10月～翌年3月) ※次年度は4月から9月までを3月末に、10月から翌年3月までを9月末までに納付	
	3. 通年前納 加入月の次の月から前納開始	加入月は1か月分納付。次の月から翌年3月分までを一括納付。 ※次年度は4月から翌年3月までを3月末までに納付	
備 考			

<被扶養者情報>

退職時に認定されていた被扶養者で、引続き被扶養者申請を希望される方のみ下記にご記入ください
任意継続の資格取得日以降に被扶養者となられる方は別途「被扶養者（異動）届」をご提出ください。

氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄
(フリガナ)	昭和 平成 年 月 日	男・女	
(フリガナ)	昭和 平成 年 月 日	男・女	
(フリガナ)	昭和 平成 年 月 日	男・女	

※この書類は押印省略のできる書類です。

※必要事項を記入し、健保組合までご提出ください。