

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当者

任意継続保険をご希望の場合は、申請書を提出する前に当組合までご連絡ください。

(TEL 048-832-7882 任意継続保険担当者まで)

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

任意継続保険被保険者 記号-番号
(※)7000-

(※)欄は記入しないでください。

注意：申請書は資格を喪失した日より20日以内に提出してください。

《 申請者記入欄 》 太枠の中をご記入ください。

勤務していた時の 記号-番号	記号	番号	申請年月日 令和 年 月 日		
申請者氏名			性別	男 ・ 女	生年月日 昭和 年 月 日 平成
住所	〒 — (保険料納付書及び医療費通知書等の送付先住所となります)				
電話番号	自宅	— —	携帯	— —	
被扶養者申請の有無	<input type="checkbox"/> 有 (名) <input type="checkbox"/> 無 → 被扶養者(異動)届 及び 証明書類等 が必要になります。				
勤務していた 事業所名称			資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要		
資格取得日・喪失日	資格取得年月日		資格喪失年月日(退職日の翌日)		
	平成・令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		
保険料の納付方法	保険料の納付方法について、希望する番号に○をご記入ください 1. 毎月(単月毎)納付 2. 6ヶ月前納 3. 12ヶ月前納				
・6ヶ月前納については、「取得した月の翌月から9月分」、「10月分～年度3月分」までとなります。 ・12ヶ月前納については、取得した月の翌月から同年度3月分までとなります。 ・任意継続被保険者の保険料は、事業主負担分がなくなりますので介護保険料も含めて全額本人負担になります。					
上記のとおり申請いたします。					

・申請書受付後、担当よりご本人へ確認の連絡をさせていただく場合があります。

受付印

(※) 申請者への連絡確認日	令和 年 月 日	担当印	
----------------	----------	-----	--