

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

※健康保険組合記入欄

※任意継続被保険者証 記号・番号	※任継取得時 決定標準報酬月額	※資格喪失時 標準報酬月額	※ 資 格 取 得 日	※ 資 格 喪 失 予 定 日
99	千円	千円	年 月 日	年 月 日

常務理事	事務長			担当

※太枠内全てご記入ください

資格喪失時	記号	被保険者 氏名	フリガナ	性別	生年月日			年齢	資格喪失日(退職日の翌日)			
	番号		(氏)		(名)	男	昭和	年	月	日	平成	年
退職後住所	住所	〒	都 道	被扶養者の有無	1. 有 (人)			※1.有の方は別途添付書類が必要になります。				
		府 県	自宅 ()		携帯 ()	2. 無						
退職後住所	転居日	年	月	日	給付等振込先	銀行			支店	普通		
	住所	〒	都 道	府 県		信用金庫			本店	当座		
		自宅 ()	携帯 ()	名義人(フリガナ)			支店番号	口座番号(右づめ)				

メールアドレス

上記の通り申請します。

※保険料の納付は、銀行振込(手数料は被保険者負担)のみとなります。

保険料の 納入方法	1. 毎月払い (資格取得月から3月までの毎月払) 毎月払いの方は当月10日迄保険料を納めてください。
	2. 半年分前納 (資格取得月の翌月から本年9月まで前納、10月から翌年の3月分まで前納)
	3. 1年分前納 (資格取得月の翌月から3月分までの前納)

年 月 日提出

【 任意継続保険加入の留意事項 】

- 1.申請書は資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内をお願いします。
- 2.扶養する家族がいる場合は、別途「被扶養者異動届」、18歳以上は「被扶養者調書」と添付書類が必要になります。添付書類一覧表をご参照のうえ、あわせてご提出ください。
- 3.保険料が期日までに振込まれなかった場合は、資格喪失となりますのでご注意ください。
- 4.あなたが被保険者資格を継続できるのは最長2年間です。

【 送付先 】

郵送の場合 : 〒160-0023 東京都新宿区西新宿8-19-1 小林ビル511号室
大気社グループ健康保険組合

受付日付印