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

※任意継続被保険者等 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	ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	生年月日				年齢	資格喪失日(退職日の翌日)			
	番号			(氏)	(名)	男 女	昭和 平成	年	月	日	歳	令和	年	月	日
	住　所	〒　都　道　府　県 自宅　(　　)　携帯　(　　)				被扶養者の有無	1. 有（　　人）※別途添付書類が必要です 2. 無								
退職後住所	転居日	年　月　日				給付等振込先	銀　行 信用金庫 信用組合			支　店 本　店		普通 当座			
	住　所	〒　都　道　府　県 自宅　(　　)　携帯　(　　)					名義人(ﾌﾘｶﾞﾅ)			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。

年　月　日提出

※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）

受付日付印

【　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日以内にご提出ください。

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