

<記入例> 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
※ 記入しないでください				

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	ケンポ	タロウ	性別	男	昭和	生年月日			年齢	資格喪失日(退職日の翌日)								
	番号	△△△		健保	(氏)	太郎	(名)	女	平成	5	5	0	8	0	7	00	平成	0	1	0	6	0
退職後住所	住所	〒000-0000 〇〇 都道府県 住所・マンション名部屋番号までご記入ください 自宅 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇 携帯 〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇					被扶養者の有無	1. 有 (2人) 2. 無		※1.有の方は別途添付書類が必要になります。												
	転居日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日					給付等振込先	〇〇〇 銀行 〇〇〇 支店 〇〇〇 普通														
	住所	〒000-0000 〇〇 都道府県 住所・マンション名部屋番号までご記入ください 自宅 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇 携帯 〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇						名義人(フリガナ)	ケンポ タロウ			支店番号	口座番号(右づめ)									
	メールアドレス	〇〇〇〇〇@〇〇〇〇.〇〇					健保 太郎			〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇											

※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)

上記の通り申請します。

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

《ご注意ください！！》

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
添付書類が必要です。
添付書類一覧表をご参照の上、
あわせてご提出ください。