＜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
※　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	生年月日						年齢	資格喪失日(退職日の翌日)						
	番号	△△△		(氏) 健保		(名) 太郎	男 女	昭和 平成	年	月	日			○○ 歳	令和	年	月	日			
									5 5	0 8	0 7					0 6	1 2	0 5			
	住　所	〒○○○-○○○○ 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					被扶養者の有無	1. 有 （ 2 人）※別途添付書類が必要です 2. 無													
		自宅 ○○(○○○○)○○○○ 携帯 ○○○(○○○○)○○○○																			
退職後住所	転居日	令和 ○○ 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 ○○ 住所・マンション名部屋番号までご記入ください						名義人(フリガナ) ケンポ タロウ				支店番号			口座番号(右づめ)						
		自宅 ○○(○○○○)○○○○ 携帯 ○○○(○○○○)○○○○						健保　太郎				○ ○ ○			○ ○ ○ ○ ○ ○ ○						
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）

【　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

《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。

大気社グループ健康保険組合