

記入例

常務理事	事務長	担当

健康保険任意継続被保険者 資格取得申請書

※資格喪失の日から20日以内に申請し、保険証の返却をしてください。

退職日までに被保険者期間が継続して2ヶ月以上必要です。加入できるのは最長2年間です。

太 株 内 被 保 険 者 (申 請 者) が 記 入 す る と こ ろ	保険証の 記号番号	記号	999	番号	9999	任意継続 被保険者証	800 -								
	会社名	イビデン				社員番号	666666								
	氏名	健保 太朗				生年月日	昭和・平成・令和 ○年 ○月 ○日								
	資格取得日 (入社日)	昭・平・令 ○年 ○月 ○日				資格喪失日 (退職日の翌日)	令和 ○○年 ○月 ○日								
	退職後住所 電話番号	〒 503 - 0916 大垣市日の出町1-1				自宅 TEL(0584) 81 - 3124	携帯 TEL() -								
被 扶 養 者	継続 加入者	フリガナ	氏名		続柄	性別	生年月日	年齢	同居 別居	収入の有無 年間収入換算額					
	継続	ケンポ	ハナコ		妻	男 女	昭・平・令 52年 5月 1日	41	同居 別居	有・無 800,000 円/年					
	継続	ケンポ	ジロウ		長男	男 女	昭・平・令 15年 7月 1日	15	同居 別居	有・無 円/年					
	継続	ケンポ	サブロウ		二男	男 女	昭・平・令 13年 8月 1日	13	同居 別居	有・無 円/年					
	継続					男 女	昭・平・令 年 月 日		同居 別居	有・無 円/年					
保 険 料 の 納 付 方 法	毎月	○ 1.自動振替：毎月27日に自動的(休日の場合翌日)に振替します。 別途「預金口座振替依頼書」を記入いただきます。 2.毎月振込：毎月10日(休日の場合翌日)までに振込してください。 3.現金納付：毎月10日(休日の場合翌日)までに健康保険組合までお持ちください。													
	前納	4-1.半期(4月～9月、10月～3月)： 4-2.全期(4月～3月)： 納付書に従って月末までに振込してください。													
	↑○を つけて ください。	振込・納付のない場合は、資格喪失となります。「健康保険資格喪失証明書」を郵送いたしますので 国民健康保険加入時に提示ください。 ※保険料を一旦納めた後、以下に該当した場合は還付いたします。 ただし、任継取得の最初の月に①②の事由が発生した場合は、還付できません。 ①被保険者が再就職により新たに健康保険の被保険者となったとき ②被保険者本人が死亡したとき													
還 付 金 振 込 先	銀行	十六		本店		預金 種目	普通	口座 番号	1	2	3	4	5	6	7
	信用金庫	大垣		支店											
銀行コード	0	1	5	3	支店コード	2	1	6	ゆうちょ銀行は振込用の店名・口座番号をご記入 ください。						
口座名義	カタカナで記入 ケンポ タロウ														
本人名義のみ															

健 保 組 合 使 用 欄	決定後標準報 酬月額	千円	喪失時	千円	資格取得年月日	令和	年	月	日
			平均	千円	任継資格喪失予定	令和	年	月	日
	納付保険料額	円/月	一般・調整	円/月	任継資格喪失日	令和	年	月	日
			介護	円/月	喪失事由	<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 受 付 年 月 日 </div>			
	納付方法	<毎月> 振替 振込 現金 <前納> 半期 全期			<input type="checkbox"/> 期間満了 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 保険料未納 <input type="checkbox"/> 後期高齢者該当 <input type="checkbox"/> その他(申出)				
自動振替開始年月日	令和 年 月 日			月分					
特記事項									