

任意継続被保険者資格取得申請書

提出日 平成 年 月 日

被保険者証 記号番号	記号					番号					
フリガナ 被保険者氏名	印					生年月日	昭	年	月	日	
							平		(満	歳)	
住所	〒 ー (マンション・アパート名等もご記入ください)										
	都府 道県										
電話番号	市外局番 () ー					携帯番号	ー ー				
事業所名称						退職年月日	平成	年	月	日	
資格喪失時の 標準報酬月額			千円	払込方法		・口座振替 ・半期前納 ・年間一括前納					
給付金振込口座 (健保から振込む際の 口座です。一般の銀行 又はゆうちょ いずれ かご記入ください)	振込先銀行		銀行							支店	
	金融機関コード					支店コード					/
	預金種別		普通・当座		口座番号						
	ゆうちょ銀行		ゆうちょ銀行記号					ゆうちょ銀行番号			
<p>保険料の払い込みについて</p> <p>① 口座振替の方は、手続きの関係上、最初の2.3ヵ月は手作業にてお振込みいただきます。 本申請書を受付後、健保組合より納入告知書をご自宅へ郵送しますので速やかにお振込みください。 納入期日を過ぎると、法規定により加入手続きを取消しますのでご注意願います。</p> <p>② 1ヵ月の保険料算定方法は、退職時の報酬月額または組合平均標準報酬月額のいずれか低い額に 保険料率(健康保険料 100/1000、介護保険料 15.6/1000)を乗じた額となります。</p>											

***事業所担当者記入欄**

事業所コード				標準報酬月額				千円
資格取得年月日					資格喪失予定年月日			
平成 年 月 日					平成 年 月 日			
備考								

注意事項

1. この申請書は資格喪失日から20日以内にご提出ください。
2. 被保険者および被扶養者の住民票原本(マイナンバーは不要)を添付してください。
3. 口座振替の方は、「預金口座振替依頼書」が必要です。
4. 健保直通の電話番号は03-5423-7268です。(健保からの着信は03-5423-2106又は2005で表示されます)