

任意継続被保険者資格取得申請書

提出日 平成〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者証 記号番号	記号	〇	〇	番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
フリガナ 被保険者氏名	エビス イチロウ 恵比寿 一郎				印	生年月日	昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平 (満 ××歳)				
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 (マンション・アパート名等もご記入ください) 〇〇 都府 道県 〇〇市〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇										
電話番号	市外局番 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇					携帯番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
事業所名称	〇〇〇〇株式会社					退職年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日				
資格喪失時の 標準報酬月額	千円	払込方法				<input checked="" type="radio"/> 口座振替 ・ <input type="radio"/> 半期前納 ・ <input type="radio"/> 年間一括前納					
給付金振込口座	振込先銀行	〇〇〇 銀行				〇〇〇 支店					
	金融機関コード	〇	〇	〇	〇	支店コード	〇	〇	〇	/	
	預金種別	普通・当座			口座番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇
	ゆうちょ銀行	ゆうちょ銀行記号				ゆうちょ銀行番号					
保険料の払い込みについて 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。 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。											

*** 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（マイナンバーの無いもの）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）