

任意継続被保険者 資格取得申出書

| | | | |
|------|--|----|----|
| 常務理事 | | 担当 | 担当 |
| | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------|--|--|--|----|---------|---------------------|--|-----|------------|-------|-----|
| 被 保 険 者 欄 | 被 保 険 者 証 | | | | | | | | | | | |
| | 記号 | | | | 番号 | | | | | | | |
| | 氏 名 | フリガナ | | | | 生 年 月 日 | | | | 性別 | 被扶養者 | |
| | | (氏) | | | | (名) | | | | 昭 和 平 成 | 年 月 日 | 男 女 |
| | 住民票 住所 | 〒 - <input type="checkbox"/> 住民票と居所住所は同じ | | | | | | | | | | |
| | 居所 住所 | 〒 - ※住民票住所と異なる場合のみ記入してください | | | | | | | | | | |
| | TEL | | | | | | E mail | | | | | |
| | 勤務していた 事業所名称 | | | | | | 資格喪失年月日 (退職日の翌日) | | 令 和 | 年 | 月 | 日 |

※被扶養者「有」の方のみ被扶養者欄を記入してください。

| 被 扶 養 者 欄 | 被扶養者の氏名 | | 性別 | 生年月日 | | | | 続柄 | 備考 |
|-----------------------|---------|-----|-------------------|-------------------|---|---|---|----|----|
| | フリガナ | | 男 女 | 昭 和 平 成 令 和 | 年 | 月 | 日 | | |
| (氏) | (名) | | | | | | | | |
| フリガナ | | 男 女 | 昭 和 平 成 令 和 | 年 | 月 | 日 | | | |
| (氏) | (名) | | | | | | | | |
| フリガナ | | 男 女 | 昭 和 平 成 令 和 | 年 | 月 | 日 | | | |
| (氏) | (名) | | | | | | | | |
| フリガナ | | 男 女 | 昭 和 平 成 令 和 | 年 | 月 | 日 | | | |
| (氏) | (名) | | | | | | | | |

(希望する納付方法の番号に○をつけてください。)

| | |
|------|--|
| 納付方法 | 1. 口座振込（毎月納付のみ）（口座振替依頼書を後日送付します） |
| | 2. 納付書による年間一括払い（前納割引あり） 1年分の保険料をまとめてお支払いいただく方法です。 なお、年度途中で資格取得されたときは翌年度から適用します。 ただし、初年度に半年以上の期間があるときは3.半期前納払いを適用します。 |
| | 3. 納付書による半期前納払い（前納割引あり） 半期分の保険料をまとめてお支払いいただく方法です。 なお、初回がアまたはイの期間途中のときは、該当期間は単月払いとなります。 ア) 4月分～9月分まで イ) 10月分～3月分まで |
| | 4. 納付書による単月払い（割引なし） 毎月、保険料をお支払いいただく方法です。 |

* 初回保険料が納付期限までに納付されなかった場合は、健康保険法第37条第2項により任意継続被保険者の資格を取り消します。
* 2回目以降の保険料が納付期限までに納付されなかった場合は、健康保険法第38条第3項により納付期限の翌日に被保険者資格を喪失し、喪失日以降は保険証を使用することができなくなります。

※組合使用欄

受 付 印

| | | | |
|----------|---------------------|--------|------------|
| 被保険者期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | 喪失時月額 | |
| 任意継続被保険者 | | | |
| 記号 | 番号 | 取得日 | 令和 年 月 日 |
| 9 9 9 | | 喪失日 | 令和 年 月 日 |
| | | 納付書発行 | 年 月 ~ 年 月分 |
| | | 初回納付期限 | 月 日 |