

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	保険料	口振 年払
9 9 9			喪失日	令和			年	月	日		毎月 半払
			納付書発行	年 月			～	年 月	分	初回納付期限	月 日