

健 保 使 用 欄	常務理事	事務長			担当者	記 号	番 号	資格喪失時の 標準報酬月額	標準報酬月額
						200		千円	千円

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

(※住所欄は退職後の住所を記入してください。)

申請日 令和 年 月 日

1.申請者

会社を辞める際の健康保険 被保険者等の記号・番号	記号	フリガナ					年齢 歳
		氏名					
	番号	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	
電話番号		()					
※ 住民票住所	〒 -						
※居所住所 <input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ <input type="checkbox"/> 住民票住所と異なる➡居所を記載	〒 -						
最後に被保険者として 使用されていた事業所	名 称	ALSOK株式会社	所在地	東京都港区元赤坂1-6-6	所 属		
資格喪失前の被保険者 であった期間	自	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日 (入社年月日)	勤 続 期 間	年 月
	至	令和	年	月	日 (退職日)		
資格喪失年月日	令和		年	月	日 (退職日の翌日)		

2.保険料の納付方法(どれかひとつを選び、番号に✓を付けてください。)

<input type="checkbox"/> 1 每月納付	<input type="checkbox"/> 2 通年前納 (年1回)	<input type="checkbox"/> 3 半期前納	前期(4~9月) 後期(10~3月)	(年2回)
---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	-----------------------	-------

注: どれを選択されても、初回1か月分の保険料は先に納付して頂きます。

資格取得の時期によっては、前納できない場合があります。

納付には振込手数料がかかります。

3.被扶養者(異動)届

氏 名	生年月日	性別	続柄	収入	住民票住所		
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 別居の場合記入	-	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 別居の場合記入	-	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 別居の場合記入	-	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 別居の場合記入	-	

4.健康保険組合から支給する給付金等の受領口座

(※注意)保険料の引落口座ではありません。

銀 行 名	支 店 名	口 座 番 号	口 座 名 義 人
カナ	カナ	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 ✓を付けてください	カナ

[注意事項]

- この申請ができる方は、退職の日まで**2か月以上の被保険者期間**が必要です。
- この申請書は、**退職日の翌日から20日以内**に提出して下さい。
- 任意継続被保険者は、引き続き**2年間**継続加入できます。
- 保険料は**全額自己負担**となります。
- 資格喪失事由は、以下5項目に限られています。
①2年を経過した時 ②死亡した時 ③保険料を納めなかった時 ④就職した時 ⑤申出による

受付印

[資格確認書の発行について]

- 当組合にて在職時のマイナ保険証登録状況を確認し、「利用登録なし」の方に発行します。