健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	業務課長	係

【注意事項】この届出は、事業主による資格喪失届が組合に提出されていないと受理することができません。また資格喪失日より２０日以内に手続しないと任意継続はできません。

任意継続記号・番号	２０００		任意継続資格取得年月日	平成　年　月　日	報酬月額	千円	※太枠内は記入しないで下さい		
			任意継続資格喪失予定年月日	平成　年　月　日					
フリガナ			性別	１．男	生年月日	１．明 ２．大　年　月　日生 ３．昭　（資格喪失時満　歳）			
被保険者氏名		㊞		２．女					
フリガナ									
住所 電話	〒　－　都・道　府・県　市・区　郡　町　村　Tel　（　）								
資格喪失の際使用されていた事業所について	記号		番号		資格取得年月日	昭和・平成　年　月　日	報酬月額	千円	
					資格喪失年月日	平成　年　月　日			
	事業所名				所在地				
保険料納入方法	１．毎月払い　２．前納（①当年度９月分まで　②当年度３月分まで）								
保険給付金振込口座	銀行名	銀行・信用金庫			口座番号				
	支店名	支　店			口座名義				
	口　座	1.普通　２．当座			※保険料自動引き落としの口座ではありません。				

【添付書類】
・・・住民票の抄本（本人のみ）
・・・一カ月分の保険料
健康保険被扶養者（異動）届（扶養家族がいる者のみ）

念書　任意継続被保険者の保険料については、毎月１０日までに納入することが定められており、期日までに納入しなかった場合は、健康保険法第３８条によりその翌日をもって資格喪失となっても異議ありません。
　また、資格喪失後の受診に係わる医療費等については、一切貴組合にはご迷惑をおかけしないことを約束し、上記の通り申請します。

平成　　年　　月　　日　　被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

受付日付印

倉庫業健康保険組合