

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	担当者

《申請期間：資格喪失日より20日以内》

退職時の保険証 記号・番号	フリガナ:	性別	生年月日	退職時の年齢	
—	氏名	男・女	昭和 平成 年 月 日	才	
退職後の住所 … 健康保険証を簡易書留で郵送しますので、(マンション名、アパート名、〇〇号のある方は全て記入して下さい) 〒 フリガナ					
電話番号	自宅 携帯	— —	Eメール アドレス		
退職時に勤務していた会社・事業所の名称		退職時の標準報酬月額		千円	
資格取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日		
希望する 保険料の納付方法 (3つの中から1つを○で囲んで下さい)					
1. 単月 (月払い)		2. 前納 (半年): 4~9月分と10~翌年3月分の年2回で納付			
↳ 「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」を添付		3. 前納 (1年): 4~翌年3月分を年1回で納付			
入出金(給付金等の受領及び保険料の引き落とし(月払い))に使用する口座を記入して下さい					
金融機関・支店コード		預金種目	普通	フリガナ	
金融機関名	支店	口座番号		名義	
注 ①. ネット銀行は選定できません 意 ②. ゆうちょ銀行の場合は通帳のコピーを必ず添付して下さい(店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ)					
引き続き被扶養者として加入するご家族をご記入下さい。					
被扶養者	家族の氏名	性別	続柄	生年月日	居住地
	フリガナ	男・女		昭和 平成 令和 年 月 日	同・別
	フリガナ	男・女		昭和 平成 令和 年 月 日	同・別
注意	①. 被扶養者が3名以上の場合、もう1枚の用紙に記入して添付して下さい				
	②. 配偶者が被扶養者ではなく、配偶者以外の家族を扶養する場合は、配偶者の収入を確認できる書類(源泉徴収票、課税非課税証明書等のコピー)を添付して下さい				
保険料の支払いが納付書に記載された期日を過ぎた場合、即日喪失することに同意します					
令和 年 月 日			被保険者氏名		
古河電工健康保険組合			理事長殿		

健保記入欄	任意継続	記号・番号	9990 —	標準報酬月額	千円
		資格取得日	令和 年 月 日	取得時 保険料合計	円
		資格喪失予定日	令和 年 月 日	保険料(一般+調整)	円
		保険証交付日	令和 年 月 日	介護保険料	円
		資格喪失日	令和 年 月 日	標準報酬月額 改定	千円
		喪失理由	<input type="checkbox"/> 満了 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 申出 <input type="checkbox"/> 滞納	改定時 保険料合計	円
		保険証回収日	令和 年 月 日	保険料(一般+調整)	円
処理終了日	令和 年 月 日	介護保険料	円		

《注意事項》

(別紙1) 任意継続の加入について
(別紙2) ゆうちょ銀行・注意事項 を必ずお読みください

発信者印

※受付日付印