

常務理事	事務長		担当

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

提出日:令和 年 月 日

資格喪失時の 保険証記号番号	—	(健保記入欄) 任継記号番号	999 —
申請者 氏名	(フリガナ)	性別	生年月日
		男・女	昭和・平成 年 月 日生 歳
退職後の住所	〒 [][][][]-[][][][][][][][] (フリガナ) _____ _____		
	携帯電話番号 _____		
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	資格喪失時の 標準報酬月額 (※健保記入欄)	千円
資格喪失時の 事業所名及び 健康保険組合名	会社名 _____ 組合名 ヒロセ電機健康保険組合		
振込先金融機関 口座(健康保険 組合から給付金 等を振り込むた めの口座)	銀行 _____ 本店・支店		
	金融機関コード: [][][][] (ゆうちょ銀行以外)	支店コード: [][][]	
	普通	口座NO. (左つめ) [][][][][][][][][][][][][]	口座名義 _____
	※ 保険料の引落口座ではありません。申請者本人の口座を指定してください。 <small>□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は上記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません</small>		
保険料納付方法 の選択	<input type="checkbox"/> 毎月払い(初回納付期限は定められた日まで。2回目からは毎月1日から10日までに納付) <input type="checkbox"/> 1年前納払い(取得月から取得年度の3月まで) <input type="checkbox"/> 半年前納払い(4月～9月・10月～翌年3月) ※振込手数料はご負担いただきます		
扶養家族が いる場合	<input type="checkbox"/> 退職後の扶養家族について相違ありません。		
確認欄	<input type="checkbox"/> この届出は私が作成したものであり、記載内容に誤りがない事を確認しています。		

(以下健保 記入欄)

初回納付書送付年月日 令和 年 月 日 送付枚数 枚 令和 年 月 日提出

保険料 円 初回保険料納付期限 令和 年 月 日

受付日付印

(基本保険料 円 特定保険料 円 調整保険料 円)

(介護保険料 円)

保険料改定 令和 年 月 日

改定保険料 円 (基本 円 特定 円 調整 円 介護 円)