

※保険料は在職中の**約2.3倍**になります。(上限あり)

正確な保険料を知りたい等、お気軽に健保組合へご相談ください。

(03-5384-7740 内線731-4562)

健保 使用 決裁 欄	常務理事	事務長	担当者	番 号	保 険 料			
					健康	円		円
					介護	円		円
					合計	円		円
	第1回納付書送付 保険料				備考			
	納付月 月 ~ 月							
	期 限 /							
MBS	有・無	/	まで令和 年 月分保険料~					
標準報酬月額		資格喪失の際の標準報酬月額			千円			
		理事長が公示した標準報酬月額			千円	千円	千円	千円
		決定標準報酬月額			千円	千円	千円	千円

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

令和 年 月 日提出

資格喪失の際の健康保険被保険者証の記号・番号	記号		氏 名				
	番号	-00	生年月日	昭・平	年	月	日 年齢 歳
資格喪失年月日	令和 年 月 日 (退職日の翌日)						
資格喪失の際の事業所							
資格喪失前の被保険者であった期間	自	昭・平・令	年	月	日	加入	年 月
	至	令和	年	月	日	年数	
被扶養者	氏 名	生年月日	性別	続柄	住 所		
保険料の納付方法	<p>①1カ月毎、銀行振込 ②1カ月毎、銀行口座からの自動引落し(最初の数カ月は銀行振込) ※毎月、引落とし手数料がかかります ③半年分を前納、銀行振込(4月以降取得月~9月まで、10月以降取得月~翌年3月まで) ④1年分を前納、銀行振込(取得月~翌年3月まで) ※③④の場合、加入月の翌月分より割引が適用されます 【注意】 ②を検討する場合は、自動引落しには、開始するにも中止するにも時間がかかります。 任意継続をやめる可能性がある場合は、②以外を選択ください。</p>						
連絡事項	※再雇用等の予定のある方はいずれかに○をし、日にちをご記入ください。		・再雇用	月	日から	その他(転居予定等…日にちもご記入ください)	
			・就職で他健保へ	月	日から		
上記のとおり申請します。							
令和 年 月 日							
住 所							
電話番号 携帯電話							
氏 名							
還付金があった場合の振込希望口座	銀行				支店 (普通・当座)		
	口座番号				口座名義人(カタカナ)		
健保使用欄	受付日		決裁日				