

※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		円
						介護	円		円		円
						合計	円		円		円
第1回納付書送付 納付月 月 ~ 月 期 限 / MBS 有・無 / まで令和 年 月分保険料~	保険料					備考					
	資格喪失の際の標準報酬月額					千円					
	標準報酬月額		理事長が公示した標準報酬月額			千円	千円	千円	千円	千円	
	標準報酬月額		決定標準報酬月額			千円	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 〇年 〇月 〇日提出

資格喪失の際の健康保険被保険者証の記号・番号	記号	〇〇	氏 名	健保 太郎			
	番号	12345 -00	生年月日	昭 平 〇年 〇月 〇日	年 齢	〇〇 歳	
資格喪失年月日	令和 〇年 〇月 〇日 (退職日の翌日)						
資格喪失の際の事業所	〇〇〇〇〇 株式会社						
資格喪失前の被保険者であった期間	自 昭 平 令 〇年 〇月 〇日	加入年数	〇年 〇ヵ月	至 令和 〇年 〇月 〇〇日			
被扶養者	氏 名	生年月日	性別	続柄	住 所		
	健保 ハナ子	平成〇年〇月〇日	女	妻	同居		
保険料の納付方法	① 1ヵ月毎、銀行振込 ② 1ヵ月毎、銀行口座からの自動引落し(最初の数ヵ月は銀行振込) ※毎月、引落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) ④ 1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。						
連絡事項	※再雇用等の予定のある方はいずれかに〇をし、日にちをご記入ください。	・再雇用 〇月 〇日から	・就職で他健保へ 月 日から	その他(転居予定等…日にちもご記入ください) 〇月〇日から 新住所: 〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市健保町222-2 電話番号: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
上記のとおり申請します。 令和 〇年 〇月 〇〇日 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 住 所 〇〇県〇〇市組合町11-1 電話番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇 携帯電話 000-1234-5678 氏 名 健保 太郎							
還付金があった場合の振込希望口座	〇〇 銀行 〇〇 支店 (普通・当座) 口座番号 1 2 3 4 5 6 7 口座名義人(カタカナ) ケンポ タロウ						
健保使用欄	受付日		決裁日				