

*退職後も健康保険を続けたいとき(A4サイズ)

健 保 使 用 決 裁 欄	常務理事	事務長	担当者	番 号	保 険 料			
					健	円		円
					介	円		円
	第1回納付書送付				納 付 方 法			備考
	納付月 月 ~ 月				年 月 ~ 年 月			
期 限 /				年 月 ~ 年 月				
				年 月 ~ 年 月				
MBS	有・無	/ まで 令和 年 月分保険料~						

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		生年月日	昭・平・令	年 月 日	
資格喪失年月日	令和 年 月 日 (退職日の翌日)					
標準報酬月額	資格喪失の際の標準報酬月額 (記入不要)		千円			
	※理事長が公示した標準報酬月額 (記入不要)		千円	千円	千円	
	※決定標準報酬月額 (記入不要)		千円	千円	千円	
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 数	年 月	
被扶養者	氏 名	生年月日	性別	続柄	住 所	
保険料の納付方法 いずれかに丸をつけてください。 記載がない場合は『1ヵ月毎、銀行振込』とさせていただきます。	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 (最初の数ヵ月分は銀行振込) 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) 【注意】②を選択される場合 自動引落の中止手続きには時間がかかります。 就職等で任意継続を早々にやめる可能性がある場合は、①をおすすめします。 ③④を選択される場合 前納後、「就職先の健康保険に加入」「死亡」以外の理由ではいただいた保険料を返金することができません。					
連絡事項 加入予定期間、転居予定等があればご記入ください。	※再雇用の予定のある方は、必ず日にちをご記入ください。					
上記の通り申請します。 令和 年 月 日 千 一 住 所 _____ 被保険者 電話番号 _____ 氏 名 _____ 印 _____						
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			