

*退職後も健康保険を続けたいとき(A4サイズ)

健康 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	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月	年 月 ~ 年 月		
期 限	/							
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 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	氏 名	健保 太郎		
	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		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	株式会社				
資格喪失前の被保険者であった期間	自 昭 平 令 年 月 日	至 令 和 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
	健保 花子	平成 年 月 日	女	妻	同居
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。	<input checked="" type="radio"/> 1ヵ月毎、銀行振込 <input type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 1年分を前納、銀行振込 (取得月~翌年3月まで) 【注意】 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、 をおすすめします。 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。	月 日 再就職予定 月 日 転居予定 新住所: 県 市健保町222-2 電話番号: - -				
上記の通り申請します。 令和 年 月 日 千 - 住 所 県 市組合町11-1 被保険者 電話番号 - 氏 名 健保 太郎 					
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)	ケンボ タロウ	
健保使用欄	受付日		決裁日		