

※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 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	
				決定標準報酬月額 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	(入社日) 昭・平・令 年 月 日	加入	年 カ月			
	(退職日) 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	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 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○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						
退職後の住民票住所 〒 -						
送付先が上記住所と違う場合は記入 〒 -						
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)			

受付日付印