

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書

申出者 記入用

【注意】・この申請書は、退職の日から20日以内に勝又健康保険組合に提出しないと、任意継続被保険者の資格を得られなくなります。
 ・この申請書を提出後、意思が変わり申請を取り消す場合や、住所等の届出事項に変更があった場合、必ずご連絡ください。
 ・被扶養者のいる方は、改めて被扶養者異動届、扶養関係現況書、給与明細書直近3ヶ月分、年金裁定通知書の写しを提出してください。

申出者情報	勤務していた時に使用していた被保険者証の(右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	住所	(〒 -)			都 道 府 県		
電話番号(日中の連絡先)	TEL	()	携帯 TEL	()			

下記の【ご確認事項】を了承のうえ任意継続被保険者資格取得について申請します。 令和

勤務状況	勤務していた事業所の名称	<input type="text"/>
	所在地	<input type="text"/>
	資格喪失年月日(退職日の翌日)	<input type="checkbox"/> 令和 <input 445="" 521="" 535"="" 76="" data-label="Text" type="checkbox/>() 年 月 日</td> </tr> </table> </div> <div data-bbox="/> <p>高額療養費などの“給付金受取、口座をご記入ください。</p>

給付金の受取口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox">支店 <input type="checkbox"/>農協 <input type="checkbox"/>漁協 <input type="checkbox"/>出張所 <input type="checkbox"/>その他 () <input type="checkbox"/>本所 <input type="checkbox"/>支所 </input>	
	預金種別	普通口座	口座番号 <input type="text"/> 左づめでご記入ください。
	口座名義	▼名義人は本人名義に限ります。 カタカナでご記入ください。(姓と名の間は1マス空けて、濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	

【ご確認事項】
 初回の健康保険料を納付期日までに納付せず、資格取得が取り消された場合は、使用した医療費、保険給付費を返還することに異存ありません。

健保使用欄	標準報酬月額	千円	備考	歳・介・高・限・特
	新保険者番号	100-		歳・介・高・限・特

常務理事	事務長		担当者

受付日付印	<input type="text"/>
-------	----------------------