NO.

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ケ月分、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等の（右づめ）	記号　　番号	生年月日	年　月　日 □昭和　□平成　□令和
	氏名	（フリガナ）	性別	□男　□女
	住所	（〒　　ー　　） 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 □（　）　年　月　日

勤務状況	勤務していた事業所の	名　称
		所在地
	資格喪失年月日（退職日の翌日）	□令和 □（　）　年　月　日

高額療養費などの〝給付金受取〟口座をご記入ください。

給付金の受取口座	金融機関名称	銀行　金庫　信組　農協　漁協　その他（　　）　本店　支店　出張所　本所　支所		
	預金種別	普通口座	口座番号	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ー		歳・介・高・限・特

常務理事	事務長			担当者

受付日付印	

勝又健康保険組合

（7.3）