

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等の(右づめ)	記号 3	番号 1 2 3 4	生年月日 ☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 5 3 4 1
	氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	性別 ☒ 男 ☐ 女		
	住所 (〒 000 - 0000) 千葉 都 道 県 千葉市〇〇区〇〇〇1-2-3			
	電話番号 (日中の連絡先) TEL 000 (000) 0000 携帯 TEL 090 (000) 0000			

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 ☐ () 7 年 4 月 1 日

勤務状況	勤務していた事業所の名称 〇〇〇〇〇〇
	所在地 〒000-0000 千葉県千葉市〇〇区〇〇〇3-4-5
	資格喪失年月日 (退職日の翌日) ☒ 令和 ☐ () 7 年 4 月 1 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 〇〇 ☐ 銀行 ☐ 金庫 ☐ 信組 ☐ 本店 ☐ 支店 ☐ 農協 ☐ 漁協 ☐ 出張所 ☐ その他 () ☐ 本所 ☐ 支所	
	預金種別 普通口座	口座番号 1 2 3 4 5 6 7 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。) ケン ホ ° タ ロ ウ	

【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 歳・介・高・限・特
	新保険者番号 100-	

常務理事	事務長		担当者

受付日付印	
-------	--