受付印

任意継続被保険者資格取得申請書

[記入上の注意]

①太ワク内を記入して下さい。

②被保険者等の記号・番号欄には、退職時まで所持していた①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書（健康保険証）で確認できる記号番号を記入してください。

③退職した日の翌日から20日以内に提出してください。（20日を超えた場合は加入できません。）

申請日	令和　　年　　月　　日							
被保険者等の記号・番号	記号		番号		氏名	フリガナ		
生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日		年齢		性別	男・女	被扶養者の有無	有・無
住所	〒　　－ TEL　　（　　）　　緊急連絡先　　（　　）							
退職時に勤務していた会社名・店部名	会社名		店部名					
	所在地							
上記の会社に勤務して健康保険に加入していた期間	自　昭和・平成・令和　　年　　月　　日 至　令和　　年　　月　　日　（退職日を記入してください。）							
希望する健康保険料の納付方法 （1・2のいずれかに○をして下さい。）	1、　口座振替（銀行等）又は自動払込（郵便局） ※口座振替・自動払込の申込用紙を納付書等と一緒に送付しますので、必要事項を記入の上、健康保険組合へ返送して下さい。 注1）申込受付後、口座振替等ができるまでに2～3ヶ月かかります。（後日、開始可能月の連絡をします。）それまでの間の保険料は、現金振込で納付して下さい。 注2）口座振替・自動払込手数料「100円＋消費税」を毎回保険料と合わせて引き落とします。 2、　現金振込又は現金書留							

任継記号・番号	80		退職時標準報酬月額		平均標準報酬月額	
任継資格取得年月日	令和　　年　　月　　日		任継資格喪失予定年月日		令和　　年　　月　　日	
備考	添付保険料（　　円）					

常務理事	事務長	マネジャー	担当