

健康保険任意継続被保険者 資格取得申出書

常務理事	事務長	グループ統括	課長	係長	担当

※この申請は資格喪失年月日を含め 20 日以内に行ってください。20 日を経過した場合は申請を受けられません。

資格喪失の際の健康保険被保険者等の記号・番号		1000-100			資格喪失の際の標準報酬月額		1	3	9	0	千円								
資格喪失の際使用されていた事業所等		資格取得年月日		昭 ^平 令 10 年 4 月 1 日		資格喪失年月日(退職日の翌日)		令和 6 年 12 月 1 日											
名称		〇〇株式会社			所在地		東京都中央区日本橋室町〇-××												
および生年月日等	任継者記号・番号 (記入しないで下さい)		フリガナ		性別	生年月日		資格取得年月日		被扶養者	電話番号								
	3000-		氏名	カイクウン タロウ		男 ¹	昭 ⁵ 平 ⁷	令和 年 月 日	令和 年 月 日			有	(自宅)〇〇〇-×××-△△△△						
			フリガナ	海空運 太郎	女 ²	3	3	0	2	0	2	0	6	1	2	0	1	無	(携帯)〇〇〇-××××-△△△△
	フリガナ		チバケンナリタシイダチョウ			フリガナ		住民票の住所					退職日の翌日						
郵便番号		〒286-0041			住所		千葉県成田市飯田町〇-▲					不要です)							
資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 発行が必要 (マイナ保険証未登録の方のみ <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。)																	
マイナ保険証をお持ちの方は発行対象外です。 選択届(希望する項目にレ印を記入して下さい。)																			
① 納付間隔		<input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 半年前納(9月と3月で区切り) <input checked="" type="checkbox"/> 1年前納(3月で区切り)																	
② 納付方法		<input checked="" type="checkbox"/> 組合の銀行口座へ振込 <input type="checkbox"/> 郵便貯金口座から引落(引落手続きが完了するまでは、組合の銀行口座へ振込となります。)																	

※ 申請を受付後、1週間程度で保険料納付書を送付します。(事業所からの資格喪失届が提出されないことによって遅れる場合があります。)納付書に記載されている納付期限までに保険料を納付してください。初回保険料の納付がない場合は資格取得の取り消しとなります。

※ 資格取得時に半年前納または1年前納を希望する場合、資格取得月の末日(末日が土日祝の場合は翌営業日)までに翌月以降の保険料前納が必要です。そのため、納付書の発送時期によっては前納の申出に添えないことがありますのでご了承ください。この場合、次回の前納時期に前納納付書をお送りします。それまでは、お送りする納付書により毎月納付していただくこととなります。

受付日付印

保険料未納により、資格喪失となった場合においても、異議申し立てしないことを誓約し申請します。
(注意:初回の保険料の納付がない場合、資格取得の取り消しとなります。)

令和7年12月