常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	担当

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

	記	号	番号		記号看	番号が.	わからな	い場合はマイ	イナンバーを言	己入してください		
資 格 												
喪失	事業所の名称					資格喪失年月日(退職日の翌日) (事業所から提出される喪失届の喪失日と同じ日となります)						
時の						令和		年	月	F		
申	フリガナ				男			生	年月日			
出 者	氏名				女女	昭	• 平	年	月	В		
本		⊕ —					自宅		()			
人)	住所				電話		携帯		()			
保険料	※ 9月以降に任※ 前納保険料の	:意継続被保険者に の納付期限は任意	料の納入方法を下の こなられた方の保険料の前継続の資格取得月の末日	が納は、当年月	度3月分	までとれ	なります。		3受けできない場	易合もあります。		
納 入	※選択がない場合は、毎月払いとさせていただきます。											
方法		内付書で支払う 料は自己負担とな		月の翌月から 手数料は自己					の翌月から3 数料は自己負	月分までを前納 ^{担となります)}		
	※ ご記入のな	い被扶養者は削						名・続柄をご記	己入下さい。			
被扶		(養有の甲頭を1) (続柄)	う場合は、手続きが必要	<i>安と</i> なります。 ())	仕 .思	1,91,0		()		
扶養者			<u> </u>					<u>,</u>				
伯		-		(<u>)</u>				(<u> </u>		
		-		(<u>)</u>		-		(<u>)</u>		
資格確発行要		終行が必要(※	(1) □ 2.家 □ 3.本	く 人及び家族			i	必要な□にチ.	エックを入れて	こください。		
伶確認書 行要否	※1 資格確認書の発行できる方は以下に該当する場合に限ります。1.マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者2.マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者3.マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者											
2. 初回の	保険料はこの申	出書と一緒に現	職日の翌日から20日以 金書留にて送付して下 日)までに納入しなかっ	さい。								

4. 被保険者本人の申し出により資格を喪失することができます。(申出書を健保組合が受理した日の属する月の翌月1日が喪失日となります。)

◆ ◆ ◆ ◆ ♥ 以 ト の 欄 は 記 人 し な い で ト さ い ◆ ◆	\diamond \diamond	•
---	-----------------------	---

\/h=+	当社	纫取得日	昭	•平•令	年	月	日	任	記号	4 4 4	4
資格	任約	継取得日	4	令和	年	月	目	継	番号		
	喪力	失予定日	4	令和	年	月	目	標準	喪失前		
任	一般		円	前納一般			円	報 酬	任継		
継	調整		円	前納調整			円	初回	月納分	&	月分
険	介護		円	前納介護			円	前納分		~	月分
料	合計		円	前納合計			円	納	入金額		円

受付日