

※任意継続被保険者 ※記号		※資格喪失時の 標準報酬月額
	※番号	千円

※健保記入欄

【記入例】

健保処理欄	常務理事	事務長	係

健康保険任意継続被保険者資格取得届書

必ずご記入ください

退職日の翌日を記入

 年 月 日記入

申請者記入	在職中の被保険者等 記号・番号	申請者氏名	生年月日	資格喪失の年月日	退社後のメールアドレス
	〇〇 - 〇〇〇〇	健保 一郎	昭平令 〇〇 〇〇 〇〇	昭平令 〇 〇〇 〇〇	××××××@×××.××.jp
被扶養者申請	住所 (マンション名もご記入ください)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇 〇丁目〇番地〇号			TEL 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	今後給付金等を支給する際に 振込む口座を記入してください	名称 所在地	(株)ナイガイ 東京都港区赤坂7-8-5		
被扶養者申請	保険給付金等の振込先	〇〇 銀行 〇〇 支店	種目 ①普通 2.当座	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇	保険料 納入方法 ①毎月納入 2.全額一括(月～翌年3月) 3.半期一括(月～9月、 月～翌年
	被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄	被保険者と同居・別居の別 (別居の場合のみ住所記入のこと)
	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子	昭平令 〇 〇 〇	女	妻	(同居・別居)
	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	昭平令 〇 〇 〇	男	長男	(同居・別居) 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町 〇丁目〇番地〇号
	被扶養者がいる場合に 記入してください	昭平令	男・女		(同居・別居)
	昭平令	男・女		(同居・別居)	マイナ保険証の利用登録をさ れていない等、必要な方は チェックしてください

納入方法はどれかを選んでください

マイナ保険証の利用登録をさ
れていない等、必要な方は
チェックしてください

- 【注】 1.この申請書は退職後20日以内に人事課(業務課)経由で健康保険組合に提出して下さい。
2.2回目以降の保険料は振込になります。振込は健康保険組合から送られる納入告知書に従ってお振込下さい。
3.今後、給付金等を支給する際は銀行振込とさせていただきますので、振込先口座をご記入ください。

受付日付印