

※任意継続被保険者証 ※記号		※資格喪失時の 標準報酬月額
※番号		
		千円

【記入例】

健康 処理 欄	常務理事	事務長	係

※健保記入欄

健康保険任意継続被保険者 退職日の翌日を記入 請書

必ずご記入ください

在職中の保険証の 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		
C-00		健保 一郎		昭平令 〇 〇 〇		昭平令 〇 〇 〇		XXXXXXXX@XXX.XX.jp		
〒〇〇〇-〇〇〇〇		東京都〇〇区〇〇1-1-1		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		名称 所在地		種目		口座番号		保険料 納入方法		
		〇〇銀行 〇〇支店		①普通 2.当座		〇〇〇〇〇〇		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3月)		
申請者記入 被扶養者申請	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)		備考
	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子		昭平令 〇 〇 〇		男・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・女	長男		〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町2-2-2		
			昭平令 年 月 日		男・女			(同居・別居)		
		昭平令 年 月 日		男・女			(同居・別居)			

- 【注】
- 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。
 - お手元の健康保険証は必ずご返却下さい。
 - 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。
 - 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