

任意継続被保険者資格取得申請書

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担 当 |
|      |     |     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                               |                                 |                                                                                                                                                                                 |                                           |                         |                 |          |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------|-----------------|----------|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者<br>( 現 在 )                                                                                                                                                                                                                                                     | 記 号 |                               | 任 意 継 続<br>記 号 番 号<br>(健保組合記入欄) | 999                                                                                                                                                                             | 資 格 喪 失 の 際 の<br>標 準 報 酬 月 額<br>(健保組合記入欄) | 千円                      |                 |          |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | 番 号 |                               |                                 |                                                                                                                                                                                 |                                           |                         |                 |          |  |  |  |  |  |
| 資 格 喪 失 年 月 日<br>( 退 職 日 の 翌 日 )                                                                                                                                                                                                                                       |     | 令和      年      月      日       |                                 | 退 職 年 月 日                                                                                                                                                                       |                                           | 令和      年      月      日 |                 |          |  |  |  |  |  |
| 資 格 喪 失 の 際 に<br>使 用 さ れ て い た<br>事 業 所                                                                                                                                                                                                                                |     | 名                      称      |                                 |                                                                                                                                                                                 |                                           |                         |                 |          |  |  |  |  |  |
| 健保組合からの給付<br>金等支払先金融機関<br>(本人名義のものを<br>どちらかに記入して<br>下さい)                                                                                                                                                                                                               |     | ゆうちょ銀行<br>以外の金融機関             |                                 | 金 融 機 関 名                                                                                                                                                                       | 支 店 名                                     |                         | 普 通 預 金 口 座 番 号 |          |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                               |                                 |                                                                                                                                                                                 |                                           |                         |                 |          |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        |     | ゆうちょ銀行                        |                                 | 記      号                                                                                                                                                                        |                                           |                         |                 | 番      号 |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                               |                                 |                                                                                                                                                                                 |                                           |                         |                 |          |  |  |  |  |  |
| 保険料支払方法<br>( <input checked="" type="checkbox"/> 選択して下さい。)                                                                                                                                                                                                             |     | <input type="checkbox"/> 毎月払い |                                 | ご自身の指定預金口座から自動引落としとなります。専用の申込用紙（健保 HP ”届出・申請一覧”に掲載の“任意継続被保険者 ACS 専用申込用紙”）に記入の上健保組合までご提出ください。<br>健保 HP <a href="https://furukawa-kenpo.or.jp/">https://furukawa-kenpo.or.jp/</a> |                                           |                         |                 |          |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                        |     | <input type="checkbox"/> 前納払い |                                 | 4 月分又は任継資格取得月～翌年 3 月分までを一括してご自身で健保組合までお振込下さい。なお、前納された保険料は、再就職により他の健康保険組合に加入した時、死亡した時以外は返還できませんのでご注意ください。                                                                        |                                           |                         |                 |          |  |  |  |  |  |
| 上記の通り申請します。<br><br>令和      年      月      日<br><br>古河健康保険組合理事長 殿<br><br><div>(〒      -      )</div> <div>住      所</div> <div>氏      名</div> <div>生年月日    昭和 ・ 平成      年      月      日</div> <div>電      話</div> <div>※資格確認書の発行希望    <input type="checkbox"/> 希望する</div> |     |                               |                                 |                                                                                                                                                                                 |                                           |                         |                 |          |  |  |  |  |  |

(注意事項) 扶養家族がいる場合は、扶養異動届を提出して下さい。

※資格確認書の発行を希望される方は資格確認書交付申請書兼き損・滅失届も合わせてご提出下さい。

なお、有効なマイナ保険証をお持ちの方については発行いたしません。

|        |       |
|--------|-------|
| 入力チェック | 健保受付印 |
|        |       |