

任意継続被保険者資格取得申請書

| | | |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|--|---------------------------|------|----------|-----------------------|----|--|--|--|
| 被保険者証 | 記号 | | 任意継続 記号番号 (健保組合記入欄) | 999 | | 資格喪失 の際の標準 報酬月額 | 千円 | | | |
| | 番号 | | | | | | | | | |
| 資格喪失年月日 (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 際に使用され ていた事業所 | 名称 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | |
| 健保組合からの 給付金等支払先 金融機関 (本人名義のもの をどちらかに 記入して下さい) | ゆうちょ銀行 以外の金融機 関 | 銀行 | 支店 | 口座番号 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | ゆうちょ銀行 | 記号 | | | 番号 | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 保険料支払方法 (<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。専用の申込用紙に記入の上健保組合までご提出ください。申込用紙は健保 HP 届出・申請用紙に掲載しています。) | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 毎月払い | (ご自身で直接健保組合までお振込下さい。現金でのお支払いはご遠慮下さい。) | | | | | | | | |
| | <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。) | | | | | | | | |
| 上記の通り申請いたします。 | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 古河健康保険組合理事長 殿 | | | | | | | | | | |
| (〒 -) | | | | | | | | | | |
| 住所 _____ | | | | | | | | | | |
| 氏名 _____ ㊞ | | | | | | | | | | |
| 生年月日 昭和・平成 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 電話 _____ | | | | | | | | | | |

(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。