

提出先: 事業所(会社)

R6改定

|       |  |
|-------|--|
| 受付・決定 |  |
|-------|--|

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

|    |      |
|----|------|
| 記号 | 3098 |
| 番号 |      |
| 等級 | 等級   |

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

太枠内を記入してください。 ※申出期限は資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内です。

|                  |  |        |       |               |              |        |    |    |
|------------------|--|--------|-------|---------------|--------------|--------|----|----|
| フリガナ             |  | 性別     | 男・女   | 退職時の保険証の記号・番号 | 記号           |        | 番号 |    |
| 被保険者氏名           |  | 生年月日   | 昭和・平成 | 年             | 月            | 日      | 年齢 | 歳  |
| 資格喪失日(退職日の翌日)    | 令和   | 年      | 月     | 日             | 資格喪失時の標準報酬月額 |        |    | 千円 |
| 勤務していた事業所(会社)    | 事業所名   |        |       |               |              |        |    |    |
|                  | 事業所所在地   |        |       |               |              |        |    |    |
| 被扶養者氏名           | 続柄   | 被扶養者氏名 | 続柄    | 被扶養者氏名        | 続柄           | 被扶養者氏名 | 続柄 |    |
|                  |  |        |       |               |              |        |    |    |
|                  |  |        |       |               |              |        |    |    |
| 保険料支払方法の選択(○で囲む) | (1) 全期前納払い (2) 半期(二期)支払 (3) 毎月支払<br>※納付書・ATM・ネットバンキングのいずれかの方法にてお支払いいただきます。 |        |       |               |              |        |    |    |
| 還付金等振込口座(本人名義)   | 銀行 普通 支店・No. 金庫 当座 組合<br>注(1) ゆうちょ銀行は指定できません。<br>注(2) 保険料支払の自動引落口座ではありません。 |        |       |               |              |        |    |    |
| 備考               |  |        |       |               |              |        |    |    |

上記のとおり申出いたします。

令和 年 月 日

ユアサ健康保険組合理事長 殿

申出者住所

申出者氏名

電話番号 自宅

携帯

E-mail

印

自署の場合  
印省略可

注意: 本申出書を受理後、申出者住所に被保険者証(カード)等を書留(レターパック)で郵送します。退職後に転居される場合は、転居後の住所を記入してください。  
転居の時期や長期不在により、被保険者証を受取れない可能性がある場合は、必ず健保にお申し出ください。  
「健康保険証」は、令和6年12月2日に廃止となり新たに発行されなくなります。廃止後は交付いたしません。