

提出先: 事業所(会社)

R5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 ※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 支店・No. 組合 当座 注(1) ゆうちょ銀行は指定できません。 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

印

自署の場合  
印省略可

電話番号 自宅

携帯

E-mail

@

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。