

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

※申請期限は資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内です。

フリガナ	ケンポ タロウ		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	退職時の保険証の記号・番号	記号	XXXX	番号	XXXX
被保険者氏名	健保 太郎		生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	XX年XX月XX日	年齢	XX	歳	
資格喪失日	令和 XX年XX月XX日			資格喪失時の標準報酬月額	XXX 千円				
資格喪失の際使用されていた事業所	事業所名	000000							
	事業所所在地	00県00市00-00							
資格喪失時の組合の名称	ユアサ健康保険組合								
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		
健保 花子	妻	健保 次郎	長男						
保険料支払方法の選択(○で囲む)	<input checked="" type="radio"/> (1) 全期前納払い <input type="radio"/> (2) 半期(二期)支払 <input type="radio"/> (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。								
還付金振込口座(本人名義)	00000	<input checked="" type="radio"/> 銀行金庫組合	00000	<input checked="" type="radio"/> 普通	支店	No.XXXXXXXXXXXXX			
	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 XX年 XX月 XX日

ユアサ健康保険組合理事長 殿

〒 XXX-XXXX

申請者住所

東京都00区00-00

申請者氏名

健保 太郎

電話番号 自宅

XX-XXXX-XXXX

携帯

XXX-XXXX-XXXX

E-mail

XXXXXXXX @ XXXXXXXX