

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	令和	年	月	日	資格喪失時の標準報酬月額		千円	
資格喪失の際使用されていた事業所	事業所名							
	事業所所在地							
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	
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。							
還付金振込口座(本人名義)	銀行 普通 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

電話番号 自宅

携帯

E-mail

@