任意継続被保険者資格取得申請書

1015

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。
注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。
注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。
注4 (1)被保険者証の記号の欄は、現在の記号が「1▲▲▲」の場合、「2▲▲▲」と下3桁(▲の部分)を記載してください。
≪添付書類≫　被扶養者としたい方がいるときは「被扶養者（異動）届」及び必要添付書類

(1)被保険者証の記号　2

(2)被保険者証の番号

(3)被保険者氏名　　印

被保険者が自ら記入する場合は、被保険者の押印は省略可

(4)生年月日　　年　月　日

(5)退職時年齢　満　　歳

(6)退職年月日　　年　月　日

(7)退職時の標準報酬月額　　千円

(8)再就職予定
0:有
1:無

(9)再就職予定年月日　　年　月　日

(10)保険料納付方法
0:年度末まで一括して前納する
1:上・下半期に分けて前納する
2:毎月1月分ずつ納入する

(11)住民票住所・電話番号

〒　　－

住民票

電話番号　　－　　－

(12)金融機関の変更
0:変更なし
1:変更あり　※変更ありの場合、(13)～(18)まで必ず記入してください。

(13)金融機関コード　(14)金融機関名　(15)支店コード　(16)支店名　(17)口座種別　(18)口座番号

1:普通
2:当座

◎被扶養者として継続する方、及び新たに被扶養者の取得申請をする方の氏名等を記入し、被扶養者(異動)届と必要書類を添付のうえ、提出してください。
なお、被扶養者(異動)届を健康保険組合に直接送付していただく場合は、下記の「□　被扶養者(異動)届と必要書類は、健康保険組合に直接送付いたします。」の□にレ点を記し、直接送付してください。

□　被扶養者(異動)届と必要書類は、健康保険組合に直接送付いたします。

被扶養者氏名	生年月日	被扶養者氏名	生年月日	被扶養者氏名	生年月日
	年　月　日		年　月　日		年　月　日
	年　月　日		年　月　日		年　月　日

上記の通り、被保険者の資格を喪失した際使用されていた事業主を経由して申請いたします。

上記のとおり相違ないことを証明します。　年　月　日

所　在　地　〒　　－

名　　称

事 業 主 名　　㊞

事業所使用欄	箇所長	電話	健保担当課
	㊞	－	㊞
事業主整理番号			

備考　被保険者の資格を喪失した際使用されていた事業主を経由せずに申請する場合は、「上記の通り、~~被保険者の資格を喪失した際使用されていた事業主を経由して~~申請いたします。」のように「被保険者の資格を喪失した際使用されていた事業主を経由して」の部分を二重線で抹線して、退職の日の翌日から20日以内に健康保険組合に到着するよう提出してください(退職の日の翌日から20日以内に到着しない場合、任意継続被保険者の資格を取得できません)。