

任意継続被保険者資格取得申出書

常務理事	事務長		担当

※記入例を確認の上、ご記入ください。
※手書きの場合は、消えないボールペンでご記入ください。

因幡電機産業健康保険組合 理事長 殿

令和 2 年 5 月 25 日

資格喪失時の 記号・番号		記号	1		番号	〇〇〇〇	
氏 名		フリガナ ケンポ タロウ					
		健保 太郎					
申請者の住民票住所		〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇					
申請者の居所住所		住民票住所と異なる場合のみ記載 〒					
生 年 月 日		昭和 平成	55 年	10 月	15 日	(36) 歳	性 別 男 ・ 女
連絡先	電話番号	自宅Tel 03 (1234) 5678 携帯Tel 090 (9876) 5432					
	メールアドレス (退職後に連絡がとれるもの)	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp					
資 格 喪 失 の 年 月 日 (退 職 日 の 翌 日)		令和 2 年 5 月 21 日					
資格喪失時の所属会社名		株式会社〇〇〇〇					
資格喪失時の所属部署名		〇〇支店					
給 付 金 等 振 込 先		〇〇〇		銀 行 信用金庫		〇〇 本店 支店	
		普通 口座番号	1234567		口座名義(カナ)		ケンポ タロウ
保 険 料 の 納 入 方 法		1. 毎月ごと 2. 1年前分納 3. 半年分前納					
保険料の納入期日までに入金の確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとる事に同意致します。							
被保険者氏名 健保 太郎							
被扶養者状況	氏 名	生 年 月 日	性別	続 柄	住 民 票 住 所		
	健保 花子	50年12月16日	女	妻	東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇		
	健保 桃子	17年 9月 4日	女	長女	同上		
		年 月 日					
		年 月 日					

(注) 1. この申請書は資格喪失日から20日以内に健康保険組合に届かない場合は受付できませんのでご注意ください。

備考	個人番号(マイナンバー)※任意	
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は個人番号確認、身元確認のため以下の2種類の書類を添付してください。	
	①個人番号通知カードまたは個人番号記載の住民票の写し ②運転免許証またはパスポートの写し	

※健保記入欄	任意継続被保険者等 記 号 ・ 番 号		
	資 格 喪 失 予 定 日	令和 年 月 日	
	資 格 喪 失 時 標 準 報 酬 月 額		千円
	決 定 月 額		千円
	初回保険料納入日		

受付日付印