

T07

伺 い	常務理事	事務局長		担当者	資 格	取得	年	月	日	記号	9999
						喪失 予定	年	月	日	番号	
	健康保険組合理事長が 公告した標準報酬月額				千円	決定標準報酬月額				千円	

(注) 上欄は健保組合の決済用欄です。

経済産業関係法人健康保険組合理事長 殿

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

申 請 者	資格喪失時 の記号及び 番号	記号		フリガナ 氏 名				◎
		番号		生年月日	昭和 平成	年	月	日
現住所	〒 - 電話番号 ( )							
資格喪失前の被保険者で あった期間		自 : 昭和 年 月 日 至 : 平成 年 月 日 期間 : 年 月						
資格喪失時の標準報酬月額〔健康保険法に基づく等級区分〕 * 等級区分は担当課にご確認ください。						千円		

◇保険料納入の方法(希望する番号を○で囲んでください。)

1. 毎月ごと	2. 6ヶ月前納(年2回)	3. 12ヶ月前納(年1回)
---------	---------------	----------------

◇被扶養者 (現況を記入してください。退職時と変更がなければ添付書類は必要ありません。)

氏 名	年齢	性別	続柄	同居・別居	職業等 (会社員、公務員、無職、学生等)	年収 (千円)
		男 女		同居 別居		
		男 女		同居 別居		
		男 女		同居 別居		
		男 女		同居 別居		

◇保険給付金等の振込先

銀行名	支店名	口座名義	口座番号			
	フリガナ 支店	フリガナ	普通			

(注意事項)

- この申請書は、退職日の翌日から20日以内に提出してください。
- 資格取得の申請に当たっては、パンフレット「任意継続被保険者制度の加入について」をご覧ください、内容をご理解の上申請してください。
- 被扶養者について退職時と異なる場合は、「健康保険被扶養者異動届」の提出が必要です。