

伺 い	常務理事	事務局長		担当者	資格 取得日	年	月	日	T07	
					資格喪失 予定日	年	月	日	記号	9999
	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			番号	

(注)上欄は健保組合の決裁用欄です。

経済産業関係法人健康保険組合 理事長 殿

担当課提出日: 令和 年 月 日

健康保険 任意継続被保険者資格取得申出書

パンフレット「任意継続被保険者制度への加入について」を一読した上で、この申出書をご提出ください。なお、氏名・押印欄に署名捺印することで最下部の誓約事項及び以下に記載する内容について事実と相違ないことを誓約したものとみなします。

資 格 喪 失 時 の 被 保 険 者 情 報	記号		フリガナ		押印欄	
	番号		氏名			
	自署の場合は押印省略可					
	生年月日	昭和・平成	年	月	日 (歳)	男・女
	事業所の 名称 所在地					
	太枠内は、必ず事業所のご担当者様にご確認の上、ご記入をお願いします。					
資格喪失年月日 (退職日の翌日)		令和 年 月 日			喪失原因 退職・その他	
被保険者証 の返納状況	A. 返納済み ・ B. これから返納 (返納予定日: 月 日)				標準報酬月額	
返納状況により新しい被保険者証が発行されない場合があります。					千円	
現住所	〒 - ※ マンション名などは省略せずにご記入ください。					
連絡先	自宅TEL	携帯TEL				
	メールアドレス	@				
保険給付金の振込先 ※被保険者名義に限る	金融機関名	店名	口座番号	支店	普通	

◇ 保険料の納付方法

納付単位	A. 毎月納付 ・ B. 6ヶ月前納 ・ C. 12ヶ月前納
納付場所	ATMやネットバンキングではなく、銀行窓口での納付をご希望の場合は、右の口にしるしを ご記入ください。銀行窓口専用の納付書(ゆうちょ銀行使用不可)をお送りします。
	<input type="checkbox"/> 銀行窓口で 納付希望

◇ 被扶養者の現況 (在職時の状況から変更が無ければ、添付書類の提出は不要です。)

引き続き被扶養者となる者の氏名	年齢	性別	続柄	同居 別居	職業等 (年金受給、無職、パート、学生等)	年 収
						万円
						万円
						万円
						万円

誓 約 事 項	1. 保険料の納付期限を厳守します。もし納付期限までに貴組合で入金を確認できない場合は、任意継続被保険者の資格を取消または喪失となることに同意します。 2. 任意継続被保険者の資格取消または喪失後は、直ちに被保険者証を返納します。 3. 貴組合から医療費等の返還請求があった場合は、すみやかに支払いに応じます。
------------------	---

受付日付印