

決 裁 欄	常務理事	事務長	係	任意継続 被保険者番号	資格取得年月日	資格喪失予定年月日	標準報酬月額	保険料納付期日	調定伺
					令和 年 月 日	令和 年 月 日	千円	月分 月 日 月分 月 日 月分 月 日	

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失時の 保険証の記号	資格喪失時の 保険証の番号	申請者の氏名				性別	生 年 月 日		
7 0	1 2 3 4	信 金 太 郎				男・女	昭和 平成	30	年 4 月 1 日
申請者の住所		郵便番号	住 所			電 話 番 号			
		1 1 0 - 2 2 2 2	岐阜県土岐市泉町 1-2-3			自宅：0572-12-3457 携帯：080-0987-6543			
資格喪失時の 事業所名	東海信用金庫		資格取得年月日	昭・平	52 年 4 月 1 日	資格喪失時の 標準報酬月額	560 千円		
				資格喪失年月日	令和	1 年 5 月 1 日			
保険料納付方法 (希望の納付方法を○で囲んでください)		月 払 い			一括払い (3月分まで)				
給付金等振込 先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。								
	東海	信用金庫	本	店	普通預金	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座名義	ふりがな しんきん たろう 信 金 太 郎
備 考									

【念 書】
任意継続被保険者の保険料については、毎月10日までに納入することが定められている(健康保険法第38条)ことから、期日までに納入しなかった場合には、翌日をもって資格喪失となることに異議ありません。
また、資格喪失後の受診に係る医療費等の返還請求があった場合は速やかに返納いたします。
令和 1 年 5 月 3 日 署名 信 金 太 郎

受付日付印

- 注意事項**
- この申請書は喪失の日より20日以内に提出して下さい。
 - 申請書の太枠内は洩れなく記入して下さい。
 - 被扶養者がいる場合は、「健康保険被扶養者(異動)届」「被扶養者現況申立書」を添付し、提出して下さい。