健康保険　任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務局長	部　長	課　長	係　長	主　任	係

1 任意継続被保険者の加入申請期限は被保険者の資格を失った日から**20日以内**です
2 保険料の基礎となる標準報酬はあなたの退職時の月額と前年9月末の組合の平均額とを比べて低い額で決定されます
3 初回の保険料は納付書が届きましたらお振込みください
4 被扶養者のいる方は被扶養者異動届も必要です
5 住民票を必ず添付してください
6 **個人番号は必ず記載してください**
7 書類に不備や不足等がある場合は返送する場合があります

※強制適用年月日	昭・平・令　年　月　日	※記入しないでください	
※任意継続被保険者証記号・番号	９９９ －	※標準報酬月額決定額　千円	

資格喪失時の健康保険被保険者証の記号・番号	54 — 4000	生年月日（和暦）	☑ 昭和 ☐ 平成 40 年 3 月 31 日	性別	☑ 男 ☐ 女		
資格喪失年月日（退職日の翌日）	令和 6 年 4 月 1 日	資格喪失時の標準報酬月額	530 千円	被扶養者の有無	☑ 有 ☐ 無	資格確認書発行要否	発行が必要 ☑
最後に被保険者として使用されていた事業所の	名　称	○○信用金庫					
	所　在　地	東京都○○区○○1－1－1					
資格喪失時の健康保険組合名	東京都信用金庫健康保険組合						
保険料前納払い希望の有・無	☑ 有　1. 資格取得月の翌月から3月分まで前納（年1回払い）						
	☐　2. 資格取得月の翌月から9月分まで前納　10月分から翌年の3月分まで前納（年2回払い）						
	☐ 無　資格取得月から3月分までの毎月払い　※ 納付書　年　月分迄交付済						

現住所（居所）	〒104-0045 東京都○○区○○○1－1－1	保険給付金等を受取るための口座（振替口座ではありません）	
	現住所（居所）と住民票上の住所が異なる ☐	金融機関名	〈コード番号〉
フリガナ	シンキン　タロウ	○○信用金庫	0054
氏　名	信金　太郎	支店名	〈コード番号〉
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	○○支店	001
電話番号	自宅　03－0000－0000	口座番号	
	携帯　090－0000－0000	0000000	
	日中の連絡先　090－0000－0000		

※申請書と住民票上の字が異なる場合は申請書の字を登録します。

上記のとおり申請いたします。　令和　年　月　日

受　付　印

係	処　理