

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

九電工健康保険組合 理事長 殿

記入日 令和 ○○年 ○○月 ○○日

資格喪失時の記号番号						フリガナ			生年月日		年齢
記号		番号				被保険者氏名			昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>		65
9 9		9 9 9 9				キョウコウ タロウ 九工 太郎			○○年 ○○月 ○○日		歳
喪失時の所属事業所名						任意継続資格取得日(退職日の翌日)			日中に連絡可能な電話番号		
(株)九電工 ○○支店						令和 3 年 5 月 1 日			090(○○○○)○○○○		
住所 〒 ○○○ - ○○○○ ○○ 都道府県 ○○市○○町○○1-1-1											

保険料の支払方法 希望に✓記入 (注1)		
<input checked="" type="checkbox"/> 月払い	<input type="checkbox"/> 半年払い	<input type="checkbox"/> 年払い

給付金等 振込口座										
※健康保険からの給付金等送金のみを使用します。保険料の引落しは行っていません。										
金融機関コード 9 8 7 6			支店コード 9 9 9			<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	1	2	3
●●● 銀行			▲▲▲ 支店					4	5	6
								7		

被扶養者申請欄 (注2)					
フリガナ	続柄	年齢	同居別居区分	職業	備考
被扶養者名					
キョウコウ ハナコ	妻	60	同居・別居	無職	
九工 花子			同居・別居		
			同居・別居		
			同居・別居		

《注意事項》

- ・注1 月払いは、毎月10日迄に納付。半年払いは、3・9月末迄に納付。1年払いは、3月末迄に納付。
- ・注2 被扶養者を全員記入してください。増減がある場合は「被扶養者異動届」を添付してください。
- ・この申請書は退職後20日以内に健保組合に到着するように提出してください。

事業所担当者名・受付日の記入、または押印			社会保険労務士 確認欄		
受付日: 令和 ○○年 ○○月 ○○日			必要に応じて、社会保険労務士 記載		
または					

※健保記入欄

任意継続の記号番号						標準報酬月額	
記号		番号					
3 3 0						千円	

常務理事	事務長	担当

健保組合 受付印