

任意継続記号番号	99	
任意継続資格取得日	令和 年 月 日	

健保組合決定日  
令和 年 月 日

常務理事	事務長		係

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

令和元年5月1日更新

資格喪失時	記号	〇〇	フリガナ	ケンポ タロウ	性別	生年月日
	番号	〇〇〇〇〇	氏名	健保 太郎	男 昭和 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日生 満 〇〇歳
	事業所名称 (会社名)	〇〇〇〇〇株式会社			事業所・部・課名	〇〇支店〇〇〇課
	資格喪失日 (退職日の翌日)	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	退職前の出社予定日	〇〇月 〇〇日頃までの予定		
被扶養者	18歳以上の被扶養者がいる場合は、「任意継続加入時の被扶養者現況届」も併せて提出ください。					
	氏名	健保 良子	男・女	続柄	〇〇	昭和 平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日生
	氏名		男・女	続柄		昭和 平成 令和 年 月 日生
	氏名		男・女	続柄		昭和 平成 令和 年 月 日生
氏名		男・女	続柄		昭和 平成 令和 年 月 日生	
保険料納入方法	保険料の納入方法は、以下の3通りから選択してください・・・希望する方法に○を付けてください。 注) 途中での変更は可能ですが、変更できる月が決められているため事前にご連絡ください。 ① 毎月、銀行口座から自動引き落としする ② 前納する(振込み)・・・1年払いコース 半年払いコース ※いずれかのコースに○を付けてください					
本人銀行口座・・・保険給付金や補助金の振込み、保険料自動引き落とし等の口座になります						
フリガナ	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	フリガナ	〇〇〇〇〇	口座番号	名義人氏名(カナ)	
	〇〇〇〇〇〇〇 銀行		〇〇〇 支店	普通 〇〇〇〇〇〇〇〇	ケンポ タロウ	
※郵貯銀行は取扱いできません						
上記の通り申請します。 昭和シェル健康保険組合理事長 殿 令和 年 月 日 現住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇-〇〇 電話番号(自宅) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (携帯) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 ※転居が予定されている場合は下記にも記入ください。・・・ 月 日 より予定 新住所 〒 電話番号(自宅) (携帯) 氏名 健保 太郎						
(健印保)						

●太枠内を正確にご記入ください。被扶養者が有る方は別途、被扶養者の資格確認を行います。

標準報酬月額	円	一般保険料	円	調整保険料	円
医療保険料計	円	介護保険料	円	保険料合計	円