

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		フリガナ		性別	生 年 月 日				
	番号		氏 名		男	昭和	年	月	日	生 満 歳
					女	平成				
	事業所名称 (会社名)				事業所・部・課名					
	資格喪失日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日			退職前の出社予定日	月 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	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	
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 …… 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	フリガナ			口座番号	名義人氏名 (カナ)					
	銀行	支店		普通						
※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 〒 電話番号 (自宅) (携帯) ※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 印										

●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