

# 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書 【任継】

|                                                                                               |                                                                                                                                                                                                 |                      |                            |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------|--------------|
| 退職時(資格喪失)の健康保険被保険者証記号と番号                                                                      | 記号<br>番号                                                                                                                                                                                        | 資格喪失日                | 令和 年 月 日<br>退職日の翌日をご記入ください |              |
| 被保険者                                                                                          | 氏名                                                                                                                                                                                              | 生年月日                 | 昭和・平成 年 月 日                |              |
|                                                                                               | 住民票住所                                                                                                                                                                                           | 電話 ( )<br>携帯 FAX ( ) |                            |              |
| 退職(資格喪失)時、在籍していた事業所(会社)の名称                                                                    |                                                                                                                                                                                                 | 資格喪失時の標準報酬月額         | 不明の場合記入不要<br>千円            |              |
| 「健保給付金」振込先の口座として、被保険者名義の銀行又はゆうちょ銀行のどちらか一方をご記入ください。(保険料の自動引落し口座ではありません)                        | 銀行                                                                                                                                                                                              | 銀行コード                | 支店コード                      |              |
|                                                                                               |                                                                                                                                                                                                 | 銀行・信託銀行<br>信用金庫・信用組合 |                            | 本店・支店<br>出張所 |
|                                                                                               | 預金種類                                                                                                                                                                                            | 普通(総合)・当座            | 口座番号                       |              |
|                                                                                               | ゆうちょ銀行                                                                                                                                                                                          | 郵便通帳の記号(5桁)          | 郵便通帳の番号(8桁*右詰め)            |              |
| 注意事項の確認と署名捺印                                                                                  | ① 被扶養者の有無 (有・無)                                                                                                                                                                                 |                      |                            |              |
|                                                                                               | 有の場合は、「健康保険被扶養者(異動)届」と以下の添付書類をご提出ください。<br>(新規に被扶養者の増の申請をなされる方は、健康保険組合までお問い合わせ願います。)<br>ア 配偶者ならびに父母は「所得証明書・年金証書の写し」を添付してください。<br>イ 16歳以上の子女は「学生証写しまたは在学証明書写し」を添付してください。<br>ウ 15歳以下の子女は添付書類が不要です。 |                      |                            |              |
|                                                                                               | ② 保険料納付方法 (毎月・半期前納・年間前納)                                                                                                                                                                        |                      |                            |              |
|                                                                                               | 保険料の納付にあたっては、納付期限日がございます。<br>各々の納付書に印字してある納付期限日を1日でも経過しますと、<br>・前納分については、保険料の割引が受けられなくなります。<br>・毎月分については、保険資格を失い(喪失)、復活することはできませんので、くれぐれもご注意ください。                                               |                      |                            |              |
| ③ 旧保険証の返納                                                                                     |                                                                                                                                                                                                 |                      |                            |              |
| 退職日の翌日以降は、「旧被保険者証」の使用はできませんので、事業所あて速やかに返納してください。                                              |                                                                                                                                                                                                 |                      |                            |              |
| 近畿日本ツーリスト健康保険組合理事長殿<br><br>上記の内容を理解した上で、任意継続被保険者資格取得申請を行います。<br><br>令和 年 月 日 被保険者氏名(署名) _____ |                                                                                                                                                                                                 |                      |                            |              |

必ず原本を健康保険組合までお送りください。FAXは不可

|           |     |          |          |      |        |
|-----------|-----|----------|----------|------|--------|
| * 以下健保記入欄 |     |          |          |      | R5/12改 |
| 常務理事      | 事務長 | 係        | 係        | 入金月日 | 送付日    |
|           |     |          |          | /    | /      |
| 標準報酬月額    |     | 資格取得年月日  | 決済年月日    |      |        |
| 千円        |     | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 |      |        |