

健康 保 用 欄	常務理事	事務局長	課 長		担 当 者	資格 取得日	年 月 日	T07-1	
						資格喪失 予定日	年 月 日	記号	9999
	健康保険組合理事長が 公告した標準報酬月額			千円		決定標準報酬月額		千円	番号

経済産業関係法人健康保険組合 理事長 殿

担当課提出日：令和 年 月 日

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書

パンフレット「任意継続被保険者制度への加入について」を一読した上で、この申出書をご提出ください。
この申出書を提出することで、最下部の誓約事項及び以下に記入する内容について事実と相違ないことを
誓約したものとみなします。
資格確認書の発行が不要の方は要否欄の✓を二重線等で消してください。なお、資格確認書を必要とする
理由の事実を証明する必要はありません（加入後の資格確認書の再交付申請・記載事項変更時を除く）。

資格喪失時の被保険者情報	記 号		フリガナ						要否
	番 号		氏 名						☒
	自署する場合は被保険者証等に記載のとおりに記入をお願いします。								
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		(歳)		男・女			
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)				喪失原因		標準報酬月額		
	令和 年 月 日				退職・その他		千円		
	上の記載内容について事実と相違ないことを証明します。							被保険者証等の返納状況	
事業主証明欄	事業主所在地						A. 交付なし B. 返納済み C. これから返納 返納予定日： 月 日		
	事業所名称								
	事業主氏名								
住 所	〒 -								
連絡先	自宅TEL				携帯TEL				
	メールアドレス				@				
保険給付金の振込先 (被保険者名義に限る)	金融機関名		店 名		口座番号				
			支店		普通				

◇ 保険料の納付方法

納付単位	A. 毎月納付	B. 6 か月前納	C. 12 か月前納
------	---------	-----------	------------

◇ 被扶養者の現況（65歳以上で年金の繰下げ待機期間中の方は、その旨も職業等欄に記入してください。）

引き続き被扶養者となる者の氏名	年 齢	続 柄	同居・別居 の別	職 業 等 (年金受給/待機中、無職、パート、学生等)	年 間 収 入	要否
					万円	☒
					万円	☒
					万円	☒

誓約事項	1. 保険料の納付期限を厳守します。もし納付期限までに貴組合で入金を確認できない場合は、任意継続被保険者の資格を取消、又は喪失となることに同意します。 2. 任意継続被保険者の資格取消、又は喪失後は、ただちに資格確認書を返納します。 3. 貴組合から医療費等の返還請求があった場合は、速やかに支払いに応じます。
------	---

受付日付印