

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	
						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。なお、この申出書を提出することで、最下部の誓約事項および以下に記載する内容について事実に相違ないことを誓約したものとみなします。

資格喪失時の被保険者情報	記号		フリガナ	
	番号		氏名	
	自署する場合は、被保険者証に記載のとおり、楷書で丁寧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に相違ないことを証明します。			被保険者証の返納状況	
事業主証明欄	事業所所在地			A. 返納済み
	事業所名称			B. これから返納
	事業主氏名			返納予定日： 月 日
住所	〒 - ※建物名を省略せずにご記入ください。			
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	金融機関名		店名	口座番号
※被保険者名義に限る			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
納付場所	ATMやネットバンキングではなく、銀行窓口での納付をご希望の場合は、右の□にレ点をご記入ください。銀行窓口専用の納付書(ゆうちょ銀行使用不可)をお送りします。
	<input type="checkbox"/> 銀行窓口で納付希望

◇ 被扶養者の現況

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、無職、パート、学生等)	年間収入
					万円
					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また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または喪失後は、ただちに被保険者証を返納します。 3. 貴組合から医療費等の返還請求があった場合は、すみやかに支払いに応じます。
------	--

受付日付印