

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

|                           |                                                                    |     |                  |                      |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----|------------------|----------------------|
| 従前の健康保険<br>被保険者等記号・番号     | 記号                                                                 | 番 号 | 従前の資格取得<br>年 月 日 | 昭和<br>平成<br>令和 年 月 日 |
|                           |                                                                    |     |                  |                      |
| 資格喪失年月日<br>(退職日の翌日)       | 令和 年 月 日                                                           |     |                  |                      |
| 資格喪失の際使用されて<br>いた事業所（会社名） | 名 称                                                                |     |                  |                      |
|                           | 所在地                                                                |     |                  |                      |
| 資格喪失の際に属していた<br>健康保険組合の名称 | 石原産業健康保険組合                                                         |     |                  |                      |
| 資格確認書発行要否                 | <input type="checkbox"/> 資格確認書の発行が必要 ※マイナ保険証利用登録されている方は<br>発行対象外です |     |                  |                      |
| 保険料納付方法                   | 1. 毎月納付                                                            |     |                  |                      |
|                           | 2. 半年納付(加入月～9月、10月～翌年3月)                                           |     |                  |                      |
|                           | 3. 1年納付(加入月～翌年3月)                                                  |     |                  |                      |

上記の通り申請します

令和 年 月 日

石原産業健康保険組合 理事長 殿 〒 -

申請者 住所

氏名 

TEL

連絡事項・送付物がある際にメールでのご案内を希望される方のみご記入ください

E-MAIL @

(注意)

※docomo.ne.jpやau.com、softbank.ne.jpなど携帯メールは不可

- この申請書は退職により健康保険の被保険者の資格を喪失した日から20日以内に提出しないと健康保険法第20条により受理されません。
- 正当な理由があつて、提出期限の20日を過ぎてから申請する場合は備考欄にその理由を記入してください。

| 健康保険組合記入欄         |                |   |   |
|-------------------|----------------|---|---|
| 被保険者証等<br>記号・番号   | 90-            |   |   |
| 資格取得年月日           | 令和 年 月 日       |   |   |
| 予定喪失年月日           | 令和 年 月 日       |   |   |
| 資格喪失時の<br>標準報酬月額  | 千円             |   |   |
| 健保組合の平均<br>標準報酬月額 | 千円             |   |   |
| 決定<br>標準報酬月額      | 千円             |   |   |
| 決定保険料             | 一般<br>調整<br>介護 | 円 |   |
| 備 考               |                |   |   |
| 常務理事              | 係              | 係 | 係 |
|                   |                |   |   |

受付印

旧証回収