

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

従前の健康保険被保険者等記号・番号	記号 11	番号 9999	従前の資格取得 年 月 日 昭和 平成 令和 9年 3月 1日
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 6 年 8 月 1 日		
資格喪失の際使用されていた事業所(会社名)	名称	石原産業株式会社	
	所在地	草津市西浜川2-3-1	
資格喪失の際に属していた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	☐ 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)		

健康保険組合記入欄	
被保険者証等 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 標準報酬月額	千円

◆納付方法について◆

保険料は取得日(退職日の翌日)以降、次の期限までにご納付願います。
 *振込手数料はご本人負担となります。

1. 毎月納付
 初回...取得後20日以内
 2回目以降...毎月1日以降10日迄

2. 半年納付
 初回...取得後20日以内
 10月以降の保険料は9月末期限です。

3. 1年納付
 取得後20日以内

いずれも指定の納付書はございませんので、期限にご注意いただきご納付願います。
 保険料は年度ごとに決定します。
 次年度のご案内は3月頃にお送りします。
 その際、次年度の継続のご意思を伺いますのでご相談ください。

上記の通り申請します

令和 **6** 年 **8** 月 **2** 日

退職日の翌日以降
20日以内

理事長 殿
申請者

〒105-0011
東京都港区芝公園4丁目●-●

氏名 **健保 太郎**

TEL **080-1234-5678**

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 **kenpotaro @ icloud.com**

(注意)

- 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。

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

旧証回収