

組合印	常務理事	事務長	部長	課長	担当

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失時の健康保険被保険者証				★資格を喪失した日から20日以内に申請書を提出してください ★保険料の納付方法等欄は、該当するものに○をつけてください ★被扶養者有の場合は、別途被扶養者異動届を提出ください													
記号	〇〇	番号	1234567														
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日			資格喪失時の 標準報酬月額	340,000 円												
資格喪失時の 適用事業所	名称	株式会社 〇〇産業		資格喪失時の 組合の名称	鴻池健康保険組合												
	所在地	大阪市〇〇区〇〇町1-2-3															
保 険 料	初回分の支払方法	①. 現金(持参または郵送) 2. 銀行振込		任継資格取得時の 適用標準報酬月額	円												
	2回目以降の 納付方法	①. 月納 2. 半年前納 3. 一年前納		被扶養者の有無	①. 有 . 無												
	納付書の発行	①. 要 . 不要		備 考 (退職後の転居予定等)													
保険給付金等 受取銀行口座	フリガナ 銀行名	マルマル 〇〇	銀行 信用金庫	フリガナ 支店名	カクカク □□	支店	①. 普通 ②. 当座	口座 番号	1	2	3	4	5	0	0	口座 名義	被保険者と同じ

上記のとおり、申請します。

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 提出

(申請者) 氏 名 健 保 太 郎 (印)
生年月日 昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
住 所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇
大阪市〇〇区〇〇町3-2-1
電 話 〇〇〇(〇〇〇〇) 〇〇〇〇

受 付 印