受　付	年　月　日
決　定	年　月　日

決　裁		
常務理事	事務長等	係

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

① 健康保険被保険者等の記号及び番号	記号	220	番号		② 被保険者の氏名・性別		性別 男・女
					③ 生年月日	(和暦)　年　月　日	
④ 旧健康保険被保険者等の記号及び番号					資格確認書発行要否	□必要（申請書要※）	
⑤ 資格喪失の年月日（退職日の翌日）	年　月　日				⑥ 資格喪失の際の標準報酬月額	千円	
⑦ 資格喪失の際使用されていた事業所	名　称						
	所在地						
⑧ 資格喪失の際の組合の名称	南都銀行健康保険組合						
⑨ 保険料納付方法（イ・ロ・を選択）	イ　・　毎月払い				ロ　・　前納払い		
⑩ お取引口座（付加給付金の返還口座）マイナポータル等で事前登録した公金口座の利用もできます	南都銀行　支店				普通預金No.		

（注）⑨申請書を提出された時期により、前納にて納付することができない場合があります。

⑪被扶養者（該当のある方のみ）

既に南都銀行健康保険被扶養者で、継続して被扶養者として申請する方について記入してください。（住民票謄本と収入の証明が必要）

被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	性別	続柄	同居・別居	職業/年間収入	資格確認書要否
(ｶﾅ)	(和暦)	男・女		同居・別居	万円	□必要（申請書要※）
(ｶﾅ)	(和暦)	男・女		同居・別居	万円	□必要（申請書要※）
(ｶﾅ)	(和暦)	男・女		同居・別居	万円	□必要（申請書要※）
(ｶﾅ)	(和暦)	男・女		同居・別居	万円	□必要（申請書要※）

年　月　日

南都銀行健康保険組合理事長殿

上記のとおり申請します。

⑫申請者の住所氏名等

〒
住民票住所

（住民票住所と居所住所が異なる場合のみ、居所住所もご記入ください）

〒
居所住所

氏名

電話番号

⑬退職（予定）日　　年　月　日

⑭ 備　考

記入上の注意

⑭には資格喪失の日（退職などした日の翌日）から２０日を経過した後に申請書を提出する場合には、遅滞した事由を記入すること。

※資格確認書発行必要の場合、資格確認書（再）交付申請書を提出してください。