

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

常務理事	事務長	部長	次長	課長	係長	主任	担当

* 太枠内を記入し、印は記入しないでください。

健康保険任意継続 被保険者記号・番号	氏名		性別	生年月日			資格取得年月日			資格喪失予定年月日			標準報酬 月額	
9999	フリガナ		男女	昭和 平成 令和	年	月	日							
申出者の住所	住民票	〒										電話・携帯番号		
	居所	〒												
資格喪失時の 管轄組合		備考												
勤務していた 事業所名称等	名称		所在地											
	被保険者証 記号	番号	資格取得 年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	資格喪失 年月日	令和	年	月	日	資格喪失時 報酬月額	千円
被扶養者の有無		有 ・ 無	「有」を で囲んだ場合は『被扶養者異動届』に各添付書類をそえて、この申出書と同時に提出してください。											
保険料の納付方法		いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください												
		<input type="checkbox"/> 毎月納付	<input type="checkbox"/> 前期(9月まで)前納	<input type="checkbox"/> 後期(3月まで)前納										

下の欄は健康保険の給付金を貴方の口座へ振り込むためのものです。

金融機関コード	金融機関名	店番号	支店名	預金区分	口座番号	口座名義(フリガナ)
				1. 普通 2. 当座 3. ()		

【注意事項】

1. 申出期限は資格喪失の日から20日以内です。(20日以内に申出をしないと任意継続の資格を取得することは出来ませんのでご注意ください。)
2. 添付書類...扶養家族がある方は『被扶養者異動届』及び各添付書類
3. 勤務していた際の被保険者証記号番号からマイナンバーを取得いたします。
4. 勤務していた際の記号番号を記載しない場合は備考欄にマイナンバーの記載が必要です。この場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります。(個人番号カード又は通知カード及び運転免許証等の写し)
- * 被保険者及び被扶養者の個人番号を、番号法別表第1の第2項「健康保険法による保険給付の支給、又は保険料等の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。
5. 前納希望の方は資格取得日の属する月の月末までに前納保険料を納めていただく必要がありますので、資格取得日によっては前納のご希望に添えない場合があります。詳しくは当健康保険組合までお問い合わせください。
6. 申出者の住所は住民票住所を記載してください。居所(実際に住んでいるところ)が住民票住所と異なる場合は住民票住所と居所住所の両方を記載してください。

令和 年 月 日
受付年月日

* 問合せ先
 酒フーズ健康保険組合
 適用課TEL03 - 3552 - 4004