

健康保険 任意継続被保険者資格取得申出書

記入例

※健康保険組合記入欄 (記入しないでください)

※記号・番号		※資格喪失予定年月日			
		平成	年	月	日

常務理事	事務長	担当

被保険者が記入するところ	氏名 フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	年 月 日 〇 〇 〇 1 〇 1	年齢 〇 〇 歳	取得年月日(退職日の翌日) 平成 〇 〇 〇 〇 〇 〇	在職中保険者証の記号・番号 〇〇 〇〇〇〇	
	〒 123-4567 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイツ123号	保険料の納付方法 (該当するものにレ点) <input checked="" type="checkbox"/> 毎月払い (毎月10日まで) <input type="checkbox"/> ※前納払い (取得月の1ヶ月分は月払いになります) <input type="checkbox"/> 半年前納 (4月~9月・10月~3月) <input type="checkbox"/> 1年間前納 (4月~3月)			在職中被保険者証の返却状況 (該当するものにレ点・○) <input checked="" type="checkbox"/> 返却済み (3月 31日) 所属長に ・ 本社に <input type="checkbox"/> 返却予定 (月 日) 本社に ・ 当組合に			
	※転居予定のある方は、予定日と転居後の住所をご記入ください 日中の連絡先 012 (3456) 7890 緊急時の連絡先 111 (222) 3333	被扶養者の有無 (該当するものにレ点) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (人) (※被扶養者異動届の提出が必要です)						
	誓約事項 1. 下記の資格がなくなるとき以外の理由で脱退の申し出はしません ① 被保険者となった日より起算して2年を経過したとき (期間満了) ② 再就職により他の健康保険に加入したとき (国民健康保険は除く) ③ 保険料を納付期日までに納めないとき 2. 保険料は指定された納付期日に遅滞なく収めます 3. 資格がなくなった場合は、直ちに被保険証 (全員分) を返却します 4. 資格がなくなった日以降に保険診療を受診した場合、速やかに診療料を返還します 5. 前納した保険料は、就職の場合を除き返還請求はしません		私は、任意継続被保険者取得の加入手続きにあたり、左記の事項を遵守することを誓約します。 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 被保険者氏名 健保 太郎 <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 5px; margin-right: 10px;">押印</div> <div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;"> 健保 </div> </div>					

エイチ・アイ・エス健康保険組合

平成 年 月 日提出

受付日付印

※前納ご希望の方で退職日が月の末日でない方は、取り急ぎお電話ください(03-6872-5511)。
 申請書が届いた時点で既に前納の取り扱いができない場合があります。

(例) 3月30日退職の場合…3月31日取得→前納(4月からの)期限=3月31日 (期限内に振込完了しない限り、前納として扱えない)