

# 健康保険 任意継続被保険者資格取得申出書

※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	性別	生年月日			年齢	取得年月日(退職日の翌日)			在職中保険者証の記号・番号		
			男 女	昭和 平成	年	月	日	歳	平成	年	月	日	
	住所・連絡先	〒		保険料の納付方法 (該当するものにレ点)				在職中被保険者証の返却状況 (該当するものにレ点・○)					
	※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			<input 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)				<input type="checkbox"/> 返却済み ( 月 日) 所属長に ・ 本社に <input type="checkbox"/> 返却予定 ( 月 日) 本社に ・ 当組合に 被扶養者の有無 (該当するものにレ点) <input 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			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。										
1.下記の資格がなくなるとき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、速やかに診療報酬分を返還します 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			平成 年 月 日 被保険者氏名 ㊟										

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)