

任意継続被保険者資格取得申請書

提出日		令和 年 月 日		被保険者が記載内容に誤りがないことを確認したので申請します <input type="checkbox"/>					
退職時の被保険者証	①記号		②番号		③退職時の会社 (事業所)名				
④被保険者氏名	フリガナ			⑤性別 男・女	⑥資格喪失日 (退職日の翌日)		令和 年 月 日		
	昭和・平成 年 月 日生 (才)								
⑦被保険者住所	〒 - 電話:(自宅) () 電話:(携帯) ()								
⑧メールアドレス	P C / 携帯 @								
⑨保険料 支払方法	一括前納制度 (※1) <input type="checkbox"/> 6か月毎 <input type="checkbox"/> 1年分			<input type="checkbox"/> 口座振替(自動引落制度) (※2) 別途「預金口座振替依頼書」の提出が必要		<input type="checkbox"/> 毎月納付 (個人払い)			
⑩給付金振込先	銀行 農協 金庫 信組		本店・支店 出張所		口座種類 普通・当座		口座番号		
	区分	続柄	被扶養者氏名	性別	生年月日	世帯	職業	収入	扶養から外れた期日・理由
⑪被扶養者届	減 変更 なし			男 女	昭和・平成・令和 年 月 日 (才)	同居 別居		万円	令和 年 月 日 理由
	住所	〒 -							
	減 変更 なし			男 女	昭和・平成・令和 年 月 日 (才)	同居 別居		万円	令和 年 月 日 理由
	住所	〒 -							
<p>任意継続被保険者制度について内容を確認、理解した上で、加入申請いたします。 加入後は、法律で定められた理由以外で脱退(資格を喪失)をいたしません。 また、保険料の納入期日までに入金確認できない場合は、資格喪失の手続きを取ることに同意し、 資格喪失後に保険者証を使用し発生した保険給付費等は全額返還いたします。</p> <p>上記のとおり誓約します。 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">日立造船健康保険組合 理事長殿</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名</p>									

〔注意事項〕

1. 初回保険料の納付期限は資格喪失日から20日以内です。
2. ※1: 資格取得月(初月)の保険料は割引対象外です。
3. ※1: 前納割引保険料を口座振替することはできません。
4. ※2: 自動引落しは、3~4か月目の保険料からとなりますので、初回および2か月目の保険料は各自振込で納付願います。
5. ※2: 自動引落口座と給付金振込先は「同一口座」としてください。
6. 退職後20日以内に保険料が納付されないと資格が喪失し、被保険者証は使用できません。

／ 受付日付印 \

健保記入欄		
任継番号	100- 8	標準報酬月額
資格取得日	年 月 日	千円
初回納付日	年 月 日	
証発送日	年 月 日	

常務理事	担 当