

記号	番号	標準報酬
110		

健康保険組合			
常務理事	事務長	課長	担当

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

《申請期間は資格喪失後20日以内》

いすゞ自動車健康保険組合 御中

太枠内を全て記入してください

保険証	記号	100	番号		提出日	令和	年	月	日
(フリガナ)					生年月日			性別	
氏名					昭和 平成	年	月	日	男・女
退職後 住所(居所)	〒 -								
住民票 住所	〒 -								
※退職後の住所と同じ場合は記載不要です									
電話	自宅	()	-	携帯	()	-			
緊急連絡先 ※原則、家族・親族	(フリガナ) 氏名 続柄 携帯番号 () - ※携帯電話がない場合は固定電話								
退職前の 勤務先	会社名								
	所在地								
資格	取得日(保険証の「取得日」)				喪失日(退職日の翌日)				
	昭 / 平 / 令 年 月 日				令和 年 月 日				
保険給付金の 振込先	※健保から給付金をお支払いする場合の口座です。必ず記入してください								
	銀行名	銀行コード	支店名	支店コード	口座番号				
普									
保険料の 納付方法	※加入月の保険料は全員、納付書をお送りします。2回目以降の保険料の納付方法を選択してください。 ()毎月納付 ^{注①} ()半年前納 ()年前納								
	<p><納付方法について></p> <ul style="list-style-type: none"> 毎月納付…ゆうちょ銀行口座からの自動払込み(手数料 33円/回) 注①:この申請書と一緒に、別途『自動払込利用申込書』の提出が必要です 半年前納…加入月の翌月から9月又は3月分まで。納付書にて振込み 年前納…加入月の翌月から3月分まで。納付書にて振込み <p>※納付書はゆうちょ銀行以外の金融機関からのお振込みとなります ※前納制度には割引があります</p>								
確認事項	<input type="checkbox"/> 任意継続後の保険料について、確認済みです <input type="checkbox"/> …退職前の勤務先に確認するか、最新の給与明細をご用意のうえ健保へお問い合わせください。								

退職時被扶養者であり、引き続き被扶養者の条件を満たしている方がいるときは記入してください。

氏名	生年月日	続柄	性別	住居	別居の場合の住所
フリガナ	昭 平 令 年 月 日		男・女	同居 ・ 別居	
フリガナ	昭 平 令 年 月 日		男・女	同居 ・ 別居	
フリガナ	昭 平 令 年 月 日		男・女	同居 ・ 別居	
フリガナ	昭 平 令 年 月 日		男・女	同居 ・ 別居	

- ・当申請書にマイナンバーの記入は不要です。マイナンバーで申請したい場合は、番号欄に記入のうえ、番号および本人確認書類の添付が必要です。
- ・この制度は任意で加入いただくものです。振込手数料および書類や保険証返納等にかかる郵送料は、全て被保険者負担です。
- ・任意継続加入後、限度額適用認定証(または健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証)が必要な場合は、申請書をご記入いただき、健康保険組合までお送りください。

事業所 担当者名