|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 |  |  |
|  |  |  |  |

※資格喪失後２０日以内にご提出ください。

　２０日を過ぎた場合は受付できませんのでご注意ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **健康保険任意継続被保険者資格取得申請書**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 1. 在職時の   　記号・番号 | | 記号 | |  | | 番号 |  | ②被保険者の  （フリガナ）  氏　　名 | （　　　　　　　　　　　　　　） | 性  別 | 男  ・  女 | |  | | ③生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | ④資格喪失の年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | ⑤資格喪失時の  　標準報酬月額 | 千　円 | | | | ⑥資格喪失時  に使用されて  いた事業所 | | | 名　称 | |  | | | | | | | | 所在地 | |  | | | | | | | | ⑦資格喪失時の  　組合の名称 | | | 大陽日酸健康保険組合 | | | | | | | | | | ⑧保険料  　納入方法 | 一括納入希望　　　　　　　　　　６ヶ月納入希望　　　　　　　　　　毎月納入希望 | | | | | | | | | | | | ⑨給付金  　振込先 | 金融機関名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　銀行・信金・信組・農協・労金  支店名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本店　・　支店  （　普　通　・　当　座　）　　口座番号　： | | | | | | | | | | | | ⑩備　考 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |   上記の通り申請します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  健康保険組合理事長　　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所  　　　　　　　　　申請者の  　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　）    氏　　名 |

|  |
| --- |
| 健保使用欄  基本保険料　　　　　　　　　　円　　基本保険料　　　　　　　　　　円　　　基本保険料　　　　　　　　　　円  特定保険料　　　　　　　　　　円　　特定保険料　　　　　　　　　　円　　　特定保険料　　　　　　　　　　円  調整保険料　　　　　　　　　　円　　調整保険料　　　　　　　　　　円　　　調整保険料　　　　　　　　　　円  介護保険料　　　　　　　　　　円　　介護保険料　　　　　　　　　　円　　　介護保険料　　　　　　　　　　円 |