|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |