資格取得決定及決定通知伺　　令和　　　年　　　月　　　日

**◎この申請書の太枠内のみ記入してください。**

**◎保険料の振込控は、翌年の確定申告時に社会保険料控除の証明となります。大切に保管してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | | | |  | | | |  | |  | |  | |  | |  |  | 常務理事 | 事務長 | 担当 | 担当 |
| 記号 | | 9999 | 番号 | | | | |  | | | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | |
| 資 格 取 得 年 月 日 | | | 令和 | |  | 年 |  | | 月 |  | 日 | 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 退　　職　　時 | 記号 |  | | フリガナ | |  | | | | | | | | 性別 | 生　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | |  | 昭　平　令 | |  | 年 |  | | | 月 | |  | | 日生 | | | 満　 　歳 | | | | |
| 番号 |  | |
| 住所 | 住 民 票 住 所 | | （〒　　　－　　　　）  固定電話  携帯電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居　　所  （保険証送付先） | | （〒　　　－　　　　）**※上記の住所と同じ場合は記入不要** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | |  | | | | | | | | | | | （退職日の翌日） 資 格 喪 失 年 月 日 | | | | | | 令和 | | |  | | 年 | |  | 月 | |  | | | 日 |
| 事業所所在地 | |  | | | | | | | | | | | 標 準 報 酬 月 額 | | | | | |  | | | | | | | | | | | 千円 | | |
| 保険給付金振込口座振込先 ※給付金の支給が発生した際に、健保から振込むための口座です  （銀行名）　　　　　　　　　　（支店名）　　　　　　　　　　（口座番号）  　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　　　支店　　　　普通  ≪銀行コード：　　　　　　　≫≪支店コード：　　　　　　　≫ | | | | | | | | | | | | | | | | 保険料納付方法  　　　　　　一年前納・半年前納・毎月払い  　※ご希望の納付方法に○を付けて下さい | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **◎資格確認書の交付が必要な場合は、別途「資格確認書（再）交付申請書」を提出下さい。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 旧資格取得年月日 | | | | | 昭 和  平 成  令 和 | |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 保　険　料　額 | 一　般　保　険　料 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | 円 | |
| （任継資格取得年月日） 旧資格喪失年月日 | | | | | 令和 | |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 調　整　保　険　料 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | 円 | |
| 資格喪失予定年月日 | | | | | 令和 | |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 介　護　保　険　料 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | 円 | |
| 任継取得時決定標準報酬月額 | | | | |  | | | | | | 千円 | | 合　　　　計 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | 円 | |
| 入金日：　　　/　　　　　　金額：　　　　　　　　　　　　　円（　　　　月～　　　　　月分） | | | | | | | | | | | | | | 受 付 日 付 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**三越伊勢丹健康保険組合 理事長　殿**

上記のとおり申請します。　　令和　　　年　　　月　　　日　提出　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2024.12　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　