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 |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2024.1