

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

太枠内をすべてご記入ください

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

退職時	記号	1234	フリガナ	ケンポ ゲンキ	性別	生 年 月 日					
	番号	56789	氏名	健保 元気	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input checked="" type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平	〇〇年 〇〇月 〇〇日生	満〇〇歳			
	住所	住民票住所	(〒 〇〇〇-△△△△) 〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3			固定電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
		居所 (保険証送付先)	(〒 -) ※上記の住所と同じ場合は記入不要			携帯電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
	事業所名称	株式会社〇〇〇〇		退職日の翌日)	令和	〇	年	△	月	〇	日
	事業所所在地	〇〇県〇〇市〇〇町 1-1-1		資格喪失年月日	標準報酬月額		〇〇〇		千円		

住民票住所と居所が異なる場合のみ記入

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			保険料納付方法
(銀行名)	(支店名)	(口座番号)		<input checked="" type="radio"/> 一年前納・ <input type="radio"/> 半年前納・ <input type="radio"/> 毎月払い
〇〇 銀行	△△ 支店	普通 〇〇〇〇〇〇〇		※ご希望の納付方法に○を付けて下さい
≪銀行コード: XXXX≫	≪支店コード: XXXX≫			

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

◎この申請書の太枠内のみ記入してください。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。