

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	女男	昭平	〇〇年	△△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	

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) 〇〇 銀行 (支店名) △△ 支店 (口座番号) 普通 〇〇〇〇〇〇〇〇〇
《銀行コード: XXX》《支店コード: XXX》

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

住民票住所と居所が異なる場合のみ記入

◎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)

三越伊勢丹健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

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。
◎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。