

常務理事	事務長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

令和 年 月 日 提出

健康保険証の 記号 1	番号 12345	被保険者の氏名 ※被保険者本人が氏名記入の場合、押印不要 健保 太郎	被保険者の生年月日 昭和 平成 35 年 1 月 2 日		
被保険者の連絡先 〒123 - 2345 東京都世田谷区〇〇1-23-4 (自宅) 03 (1234) 5678 (携帯番号) 090 (2345) 6789 メールアドレス:					
資格取得年月日 昭和 平成 56年 4月 1日	資格喪失年月日 (退職日の翌日) 令和 元年 6月 1日	資格喪失の際勤務 されていた事業所名 スタンレー電気株式会社			
被 扶 養 者	氏名 健保 花子	生年月日 昭和 平成 40年 5月 1日	続柄 妻	住 所 同上	
保険料の納付方法 <input checked="" type="checkbox"/> 選択してください		<input checked="" type="checkbox"/> 年払		<input type="checkbox"/> 半年払	<input type="checkbox"/> 毎月払
※半年払、年払には割引制度がございます(毎月払は割引はございません)。※年払、半年払での申請にご協力をお願いします。		国民健康保険の保険料確認および 任意継続と金額比較後、 <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。			
健康保険給付金等の振込先 (ゆうちょ銀行除く) 健保組合からの振込に必要です。 本人名義の口座を記入してください。		フリガナ ミスホ	金融機関名 みずほ銀行	口座の種類別 普通 当座・貯蓄	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
		フリガナ ナカメグロ	支店名 中目黒		
		フリガナ ケンポ タロウ	口座名義 健保 太郎		

【注意事項】

- この届書は資格喪失日より20日以内にご提出してください。
- 16歳以上の被扶養者を引き続き申請する場合は、**必要書類を添付してください。**
必要添付書類については、健保HPをご参照ください。 健保HP HOME→退職したとき→「引き続き当組合に加入したいとき」
- 連絡先の自宅電話番号および携帯番号は必ず記入してください。メールアドレスが無い場合は、記入不要です。
- 任意継続の場合、在職中とは異なり会社負担がありませんので、全額自己負担となります。
退職時のご自身の標準報酬月額に保険料率を乗じた金額が1ヶ月分の任意継続保険料とします。
(直近の給与明細の健康保険+介護保険を参考にしてください。)
※任意継続制度に加入する前に、国民健康保険の保険料・保険給付内容と比較・検討のうえ任意継続を申し込みください。

健保 記入 欄	資格喪失の際の 標準報酬月額	納付方法
	健保記入欄	

事業所人事担当者

※在職時に申請する場合は、事業所人事担当者の押印をお願いします。

スタンレー電気健保HP <https://www.stanley-kenpo.or.jp/>