

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

健保組合	常務理事	理事	事務長	主務者	担当者
------	------	----	-----	-----	-----

被保険者証の記号番号 (保険証に記載)	記号 1 0	番号 1 2 3 4 5	資格取得年月日 (保険証に記載)	昭 平	〇年 〇月 〇日
資格喪失の際の標準報酬月額	〇〇等級	〇〇〇, 〇〇〇円	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	昭 平	〇年 〇月 〇日
資格喪失の際使用 されていた事業所	名称	東邦ガス 株式会社			
	所在地	名古屋市熱田区桜田町19番18号			
資格喪失の際の組合名称	東邦ガス健康保険組合				
保険料のご案内 (丸で囲んで下さい)	①前納 一年一括払い H〇〇/〇 ~H〇〇/3 〇〇〇, 〇〇〇円	②前納 半年払い H〇〇/〇〇 ~H〇〇/〇 〇〇, 〇〇〇円	③毎月払い 〇〇, 〇〇〇円		
	①扶養家族の有無 有 無	②取引銀行名及び口座番号 〇〇〇銀行	銀行 コード 〇〇〇	支店 コード 〇〇〇〇	
その他	住所 名古屋市〇〇区〇〇町1-〇〇〇				
上記のとおり申請します。	平成〇〇年〇〇月〇〇日				
東邦ガス健康保険組合理事長 殿	申請者	氏名	(ふりがな) (とうほう たろう)	東邦 太郎	印
		生年月日	大	昭	〇〇年 〇〇月 〇日生
			平		
		郵便番号	〇〇〇	-	〇〇〇〇 電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

- ① 扶養家族の有る人は別に被扶養者（異動）届を提出して下さい。
- ② 健康保険法20条の規程による期限（資格喪失の日から20日以内）を経過した後に申請書を提出する場合には遅滞した事由を健康保険組合に連絡の事。
- ③ 自筆の場合は、押印は省略できます。