

健康保険 任意継続被保険者資格取得申出書

※健康保険組合記入欄 (記入しないでください)

※記号・番号		※資格喪失予定年月日	
		令和	年 月 日

常務理事	事務長	担当

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 氏名 健保 太郎	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 <input type="radio"/> 年 月 日 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	年齢 〇〇 歳	取得年月日(退職日の翌日) 令和 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日	在職中保険者証の記号・番号 〇〇 〇〇〇
	住所・連絡先	〒 123-4567 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイツ123号 ※転居予定のある方は、予定日と転居後の住所をご記入ください	保険料の納付方法 (該当するものにレ点)		在職中被保険者証の返却状況 (該当するものにレ点・○)		
	日中の連絡先 緊急時の連絡先	〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇 〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 毎月払い (毎月10日まで) <input type="checkbox"/> ※前納払い (取得月の1ヶ月分は月払いになります) <input type="checkbox"/> 半年前納 (4月~9月・10月~3月) <input type="checkbox"/> 1年間分前納 (4月~3月)	<input checked="" type="checkbox"/> 返却済み (〇 月 〇 日) 所属長に <input checked="" type="checkbox"/> 本社に <input type="checkbox"/> 返却予定 (月 日) 本社に <input type="checkbox"/> 当組合に			
誓約事項		被扶養者の有無 (該当するものにレ点)					
1. 下記の資格がなくなるとき以外の理由で脱退の申し出はしません ① 被保険者となった日より起算して2年を経過したとき (期間満了) ② 再就職により他の健康保険に加入したとき (国民健康保険は除く) ③ 保険料を納付期日までに納めないとき 2. 保険料は指定された納付期日に遅滞なく収めます 3. 資格がなくなった場合は、直ちに被保険証 (全員分) を返却します 4. 資格がなくなった日以降に保険診療を受診した場合、速やかに診療報酬分を返還します 5. 前納した保険料は、就職の場合を除き返還請求はしません		私は、任意継続被保険者取得の加入手続きにあたり、左記の事項を遵守することを誓約します。				令和〇〇年〇〇月〇〇日	
		被保険者氏名 健保 太郎				<input checked="" type="checkbox"/>	

エイチ・アイ・エス健康保険組合

令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

受付日付印

※前納ご希望の方で退職日が月の末日でない方は、取り急ぎお電話ください(03-6872-5511)。申請書が届いた時点で既に前納の取り扱いができない場合があります。

(例) 3月30日退職の場合…3月31日取得→前納(4月から)の期限=3月31日(期限内に振込完了しない限り、前納として扱えない)