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	ﾌﾘｶﾞﾅ ケンポ　タロウ 健保　太郎	性別	生年月日	年齢	取得年月日（退職日の翌日）		在職中保険者証の記号・番号	
		男 ／ 女	昭和 ／ 平成 ／ 令和　○○年　○○月　○○日	○○ 歳	令和　○○年　○○月　○○日		○○	○○○

住所・連絡先	〒 123-4567 ○○県○○市○○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） ☑ 毎月払い（毎月10日まで） □※前納払い（取得月の1ヶ月分は月払いになります） □ 半年前納（4月～9月・10月～3月） □ 1年間分前納（4月～3月）
	日中の連絡先　○○（　○○　）○○○○	在職中被保険者証の返却状況（該当するものにレ点・○） ☑ 返却済み（ ○月 ○日）　所属長に ・ 本社に □ 返却予定（　月　日）　本社に ・ 当組合に
	緊急時の連絡先　○○（　○○　）○○○○	被扶養者の有無（該当するものにレ点） □ 無　☑ 有（ 1 人） （※被扶養者異動届の提出が必要です）

被扶養者状況（届）	氏名	生年月日	性別	続柄	住所
	健保　花子	昭 平 令　○○年　○○月　○○日	女	妻	同上
		昭 平 令　年　月　日			
		昭 平 令　年　月　日			
		昭 平 令　年　月　日			

※被扶養者状況が、現職時と異なる場合は、「被扶養者異動届」と「その他添付書類」が必要です。

誓約事項

1.保険料は指定された納付期日に遅滞なく収めます

2.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

3.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

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　●　年　○○月　○○日

被保険者氏名　健保　太郎

エイチ・アイ・エス健康保険組合

令和　　年　　月　　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るからです。

（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）

2022.1