

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

下記のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

(イ) 被保険者証の記号番号 —	(ロ) 資格取得年月日 . .	(ハ) 資格喪失年月日 . .	(ニ) 標準報酬月額 千円	(注) 1. (イ)は退職時の記号・番号を記入 2. (ロ) (ハ)は退職時の事業所での資格取得および喪失年月日を記入 3. (ニ)は資格喪失時の標準報酬月額を記入 (不明の場合は記入不要)
---------------------	--------------------	--------------------	------------------	---

(ホ) 資格喪失時(退職時) の事業所	所在地 事業所名	(ヘ) 資格喪失時(退職時) に加入の健康保険組合	所在地 健康保険組合名	大阪府大阪市中央区淡路町2-5-11 極東開発健康保険組合
------------------------	-------------	------------------------------	----------------	----------------------------------

(ト) ◆ 申請する被保険者の被扶養者に関する事項

氏名	被扶養者区分	続柄	年齢	居住区分	住所 (別居の場合のみ記入)	職業	勤務先・学校名	収入
	継続・脱退・新規			同居・別居				千円
	継続・新規・脱退			同居・別居				千円
	継続・新規・脱退			同居・別居				千円
	継続・新規・脱退			同居・別居				千円
	継続・新規・脱退			同居・別居				千円
	継続・新規・脱退			同居・別居				千円

(注) 被扶養者区分について ↑

被保険者の資格喪失時に被扶養者であった人について、「継続」か又は資格外となり「脱退」か、新たに資格取得したい扶養者については「新規」に○を付してください。18才以上(除く学生)の人については、別途『被扶養者認定資料』をセットで提出ください。

郵便番号および住所・電話番号 〒 - - ☎ - -	申請者名(フリガナ)	生年月日 年 月 日	健康保険料等の支払方法 1. 月払い 2. 一括払い
-------------------------------	------------	---------------	----------------------------------

保険給付金の返還金等がある場合の受取銀行名[必ず記入の事]			
銀行名	銀行	預金種別・口座番号	
支店名	支店	口座名義	本人

[注] この申請書は、資格喪失日(退職の翌日)から20日以内に直接健康保険組合へ提出してください。

事業主経由で提出する必要はありません。

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

左の(ハ)欄に記載された年月日以降の日付を記入します。**資格喪失前の申請はできません。**

下記 申請し 申請年月日 年 月 日

(イ) 被保険者証の記号番号 100-10001	(ロ) 資格取得年月日 平成 18・10・1	(ハ) 資格喪失年月日 .	(ニ) 標準報酬月額 千円	(注) 1. (イ)は退職時の記号・番号を記入 2. (ロ) (ハ)は退職時の事業所での資格取得および喪失年月日を記入 3. (ニ)は資格喪失時の標準報酬月額を記入 (不明の場合は記入不要)
------------------------------------	---------------------------	------------------	------------------	---

退職する日の翌日が「資格喪失年月日」

今持っている保険証の「記号」「番号」を記入し

今持っている保険証の「資格取得年月日」を記入します。

保険証の(一)面の事業所所在地と名称をそのまま記入します。

(ホ) 資格喪失時(退職時)の事業所	所在地	(ハ) 資格喪失時(退職時)に加入の健康保険組合	所在地	大阪府大阪市中央区淡路町2-5-11
	事業所名		健康保険組合名	極東開発健康保険組合

(ト) ◆ 申請する被保険者の被扶養者に関する事項

氏名	被扶養者区分	続柄	年齢	居住区分	住所 (別居の場合のみ記入)	職業	勤務先・学校名	収入
	継続・脱退・新規			同居・別居				千円
	継続・新規・脱退			同居・別居				千円
	継続・新規・脱退			同居・別居				千円
	継続・新規・脱退			同居・別居				千円
	継続・新規・脱退			同居・別居				千円
	継続・新規・脱退			同居・別居				千円

郵便番号や電話番号も必ずお書きください。

給付金の振込みに必要ですので、フリガナもお忘れなく！

一括払いはその年度の3月分までの保険料を一度に振り込んでいただくことになります。再就職の可能性のある場合は、『1. 月払い』を選択してください。

(注) 被扶養者区分について ↑

被保険者の資格喪失時に被扶養者であった人について、「継続」か又は資格外となり「脱退」か、新たに資格取得したい扶養者については「新規」に○を付してください。18才以上(除く学生)の人については、別途『被扶養者認定資料』をセットで提出ください。

郵便番号および住所・電話番号 〒 - -	申請者名(フリガナ)	生年月日 .	健康保険料等の支払方法 1. 月払い 2. 一括払い
-------------------------	------------	-----------	----------------------------------

保険給付金の返還金等がある場合の受取銀行名[必ず記入の事]			
銀行名	銀行	預金種別・口座番号	
支店名	支店	口座名義	本人

[注] この申請書は、資格喪失日(退職の翌日)から20日以内に直接健康保険組合へ提出してください。事業主経由で提出する必要はありません。