

健保組合記入欄

記号	99	番号	
資格取得年月日	令和	年	月 日

常務理事	事務長		係

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

※太枠内のみ全て記入・捺印の上、退職後20日以内に世帯全員分の住民票を添えて、健保組合へ提出願います

在職 期間中	記号		フリガナ		印	性別	生年月日		
	番号		氏名			男・女	昭・平	年	月
現住所	フリガナ					自宅TEL	()		
	〒	-				携帯TEL	()		
						E-mail			
MUD-ID					資格喪失日（退職日の翌日）		令和	年	月 日
退職前の会社名									
保険料納付方法		※ ○で選択して下さい（下記納付方法のご案内をご参照願います） 1. 月払い 2. 半年払い 3. 年払い							

【納付方法のご案内】

月 払 い: 納付期限は毎月10日(土日の場合は翌営業日)となります。納付書は毎月月初に送付します

半年払い : 4月～9月(前期納付期限:3月最終営業日) 10月～翌年3月(後期納付期限:9月最終営業日)までの半年分の保険料を一括前納となります

年 払 い : 4月～翌年3月(納付期限:3月最終営業日)までの1年分の保険料を一括前納となります

※注 意 : ①納付期限までに保険料の入金を確認できない場合は、保険料未納喪失となりますのでご注意ください。

②退職日によっては、選択して頂きました保険料一括前納制度の開始時期が遅れる場合がありますので、ご了承願います。

③保険料を一括前納で納めて頂いている期間中、就職や死亡以外の理由では資格喪失出来ず、保険料も還付もできませんのでご注意願います。

健保組合記入欄

旧資格取得年月日	平成	年	月	日	資格喪失時の標準報酬月額	千円
任継資格取得(旧喪失)年月日	令和	年	月	日	任継加入時決定標準報酬月額	千円
資格喪失予定年月日	令和	年	月	日	初回保険料額	円

受付日付印