任意継続被保険者資格取得申請書

提出日　　平成＊＊年＊＊月＊＊日

被保険者証 記号番号	記号	＊	＊	番号	＊	＊	＊	＊	＊	＊	＊		
フリガナ 被保険者氏名	エビス　イチロウ 恵比寿　一郎　印											生年月日	昭 ○○年○○月○日 平　（満××歳）
住所	〒＊＊＊－＊＊＊＊　（マンション・アパート名等もご記入ください） ○○都府 道県　○○市＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊												
電話番号	市外局番（＊＊＊）＊＊＊－＊＊＊＊											携帯番号	＊＊＊－＊＊＊＊－＊＊＊＊
事業所名称	○○○○株式会社											退職年月日	平成××年×月××日
資格喪失時の 標準報酬月額	千円				払込方法	・自動振替　・月払い							
給付金振込口座 及び 自動振替元口座	振込先銀行	○○○銀行　×××支店											
	金融機関コード	＊	＊	＊		支店コード	＊	＊	＊				
	預金種別	普通・当座			口座番号	＊	＊	＊	＊	＊	＊	＊	

保険料の払い込みについて

①月払いの方は納入期日を守って納入願います。納入期日を過ぎると法規定により、資格を喪失しますのでご注意下さい。

②自動振替の方は最初の2、3ヶ月は手続の関係上、手作業にてお振込みいただきます。
本申請書を受付後、健保組合より納入告知書をご自宅へ郵送しますので、速やかにご入金ください。
納入期日を過ぎると、法規定により加入手続を取消しますので、ご注意願います。

③保険料は加入月には徴収いたしますが、資格喪失月には徴収いたしません。

④1ヶ月の保険料の算定方法は、退職時の報酬月額または組合平均標準報酬月額のいずれか低い額に保険料率（健康保険料は82/1000、介護保険料は10.4/1000）を乗じた額となります。

＊事業所担当者記入欄

事業所コード		標準報酬月額	千円 但し組合平均標準報酬月額を下回る時には実報酬
資格取得年月日		資格喪失予定年月日	
平成　年　月　日		平成　年　月　日	
備　考			

注意事項

1．この申請書は資格喪失日から２０日以内にご提出下さい。
2．被保険者及び被扶養者の住民票を添付して下さい。
3．自動振替の方は、別紙「自動振替利用申込」が必要です。
4．氏名、住所に変更が予定される方は、事業所担当者へお申し出下さい。