※任意継続被保険者証	
※記号	※番号
２０	

健康保険組合			
常務理事	事務長		担当

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

《申請期間は資格喪失後20日以内》　　提出日　　年　　月　　日

太枠内はすべて記入して下さい

（フリガナ）			生年月日	性別
氏名			昭 平　年　月　日	男　女
退職後住所	〒　－			電話番号 （　　） －
退職時の会社名	会社名			
	所在地			
	在職中の保険証記号		番号	
	資格取得日	（入社日）	昭・平・令　年　月　日	
	資格喪失日	**（退職日の翌日）**	令和　年　月　日	
2回目以降の保険料の納付方法（○）で選択	（　）毎月納付・・・・・ゆうちょ銀行口座から自動払込。手数料が1回10円かかります。 ※別途『自動払込利用申込書』の提出が必要です。 （　）半年前納・・・・・加入月の翌月分から9月又は3月分まで、納付書にて振込み。 （　）年前納・・・・・・・加入月の翌月から3月分まで。納付書にて振込み。 ※前納制度の納付書は**ゆうちょ銀行以外の金融機関**からお振込みできます。			
（前納対象者）保険給付金等の振込先	銀行名		支店名	
	銀行コード		支店コード	
	預金種目	普通	口座番号	

退職時被扶養者であり、引き続いて被扶養者として認定を希望するときは記入してください。

氏名	生年月日	続柄	性別	収入（有の場合は内訳）
フリガナ	昭和 平成 令和　年　月　日		男・女	有・無
フリガナ	昭和 平成 令和　年　月　日		男・女	有・無
フリガナ	昭和 平成 令和　年　月　日		男・女	有・無
フリガナ	昭和 平成 令和　年　月　日		男・女	有・無

健保受付印

日新製糖健康保険組合