

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

任意継続被保険者制度を理解したうえで、下記のとおり任意継続被保険者の資格を申請いたします

被 保 険 者 記 入 欄	氏名No.		被保険者等	記 号		氏名		性 別	男 ・ 女	
				番 号		生年月日	S ・ H 年 月 日	退職時年齢 (満 歳)		
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)		令和 年 月 日			在職時の会社名				
	住民票住所	〒 都 道 府 県								
	居所住所 (住民票住所と異なる場合は記入)	〒 都 道 府 県								
	電話番号	*最も連絡が取れる電話番号を記入してください								
	メールアドレス	*迷惑メール対策によるドメイン指定受信等の設定をされている場合「@shionogi.co.jp」からのメールが受信できるよう設定してください								
	保険給付金の 支 払 先 (銀行振込)	銀 行					支 店			
		口座番号					フリガナ			
							口座名義人			
	保険料の納付方法 (該当欄口にチェックを記入)									
	☐ 毎月納付 ☐ 半期前納 (上期4月～9月/下期10月～3月) ☐ 一括前納 (1年：4月～3月) 注1 半期前納 : 4月 (または任継加入翌月)～9月までと10月 (または任継加入翌月)～3月 (年度末) までの年2回払い 一括前納 : 4月 (または任継加入翌月)～3月 (年度末) までの年1回払い 前納保険料の納付期限は任意継続の資格取得月の末日となります 資格取得日より、または加入手続き (申請書の提出) が遅れたことにより、前納制度を適用できない場合があります 注2 次年度更新時も、上記で選択した方法と同様の納付方法となります 注3 当組合から送付する納付書にて、納付期限までに納付してください									
	以下の事由に該当する場合は、右記の「資格確認書発行」にチェックを入れてください									
	☐ マイナナンバーカードを取得していない者、マイナナンバーカードの返納者 ☐ マイナナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者 ☐ マイナナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者								資格確認書発行	☐ 要
	被扶養者 (資格喪失時に被扶養者となっていた者で資格喪失後も被扶養者となる者)									
続柄	フリガナ 氏名	生年月日	年齢	住所 (被保険者の住民票住所・居所住所と同じ場合は記入不要)						
		S・H・R 年 月 日	歳	住民票住所						
				居所住所						
		S・H・R 年 月 日	歳	住民票住所						
				居所住所						
		S・H・R 年 月 日	歳	住民票住所						
				居所住所						
		S・H・R 年 月 日	歳	住民票住所						
				居所住所						

健 保 組 合 処 理 欄	資格取得日	S・H・R 年 月 日	任意継続 資格取得日	令和 年 月 日		
	資格喪失日	令和 年 月 日	任意継続 被保険者番号	91 -		
	資格喪失時の 標準報酬月額	円	備考			
	任継資格の 標準報酬月額	円	常務理事	事務長	主任	係
	任継資格の 保険料	一般保険料	円			
介護保険料		円				

健保組合受付印