

任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	係

下記のとおり申請します

資格喪失時の 記号・番号	資格取得の年月日	平成	年	月	日	
	資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	平成	年	月	日	
資格喪失時の 事業所	事業所名称					
	所在地					
(フリガナ) 氏名		資格喪失時の 社員番号(PsniNo.)				
生年月日	昭和・平成	年	月	日	()歳	
性別					男・女	
住所	〒					
連絡先	自宅	()				
	携帯	()				
	E-mail	@				
給付金等振込指定先	銀行コード	支店コード				
	フリガナ					
	銀行		支店			
	種別	口座番号				
	普・当					
	口座名義(カタカナ)					
保険料納入指定区分	① 毎月納付		② 半年前納 (4~9月分/10月~翌年3月分の2回納付)		③ 1年前納 (~翌年3月まで)	

誓約事項

私は、任意継続被保険者資格にかかる保険料について、その納付額を指定された納付期限までに遅延なく納めることを、ここに誓約します。
 万一、保険料の納付が遅延し、指定された納付期限までに貴健康保険組合で確認できなかったときは、納付期限の翌日から任意継続被保険者資格を喪失させることに同意するとともに、ただちに被保険者証を返却します。

また、資格喪失後に被保険者証を使用した場合の医療費返還請求等にも速やかに応じます。

平成 年 月 日

あずさ健康保険組合理事長 殿

被保険者氏名

印

(注) 被扶養者がいる場合は、「被扶養者異動届」と「その他添付書類」を提出して下さい。

※(組合記入欄)

任意継続 記号・番号	※	※
資格喪失時の 標準報酬月額	※	千円
決定月額	※	千円
喪失予定年月日	※	平成 年 月 日

受付日付印