

記入例

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

退職日の翌日

(1)被保険者証 記号・番号	19 - 0000	(2)資格喪失年月日 (退職日)	令和 6 年 4 月 30 日 (令和 6 年 4 月 29 日)
(3)喪失時の標準報酬月額	### 千円	(4)生 年 月 日	昭 平 60 年 4 月 1 日
(5)喪失時の所属事業所名称	XXXX株式会社 XXX本社 (所属コード G## )		
(6)同 上 所 在 地	XXX府XXX市XXX区D1丁目2番3号 E4階		

(7)被扶養者申請調書 (資格喪失時の既被扶養者は下記に記入。)

被扶養者氏名	続柄	性別	生 年 月 日	職業	世帯	住民票住所
健保 花子	子	男 女	昭 平 令 2 4 2	無職	同 別	XXX県XXX市XXX町1丁目2番地
		男・女	昭・平・令		同・別	
		男・女	昭・平・令		同・別	
		男・女	昭・平・令		同・別	

※新たに申請 (異動) する場合は、「被扶養者異動届」により手続きが必要です。

(8) 保険料納付方法 (いずれかを選択 ) 保険料を納付する方法に  する (次ページ参照)  
 月納 (毎月納付)  半期前納 (9月まで)  1年前納 (当年度末3月まで)

(9) 給付金払込先 (被保険者名義に限る)

XXXX 銀行・労働金庫 信用金庫・農協 (コード ####)	XX 本店 支店 (コード ###)	預金種目	口座番号					
		普通	0	0	0	0	0	0

グンゼ健康保険組合理事長 殿

記入した日

令和 年 月 日

上記のとおり申請します

〒 000 - 0000

(ふりがな) XXXけんXXXしXXXちょういっちょうめにばんち

住民票住所 XXX県XXX市XXX町1丁目2番地

被保険者氏名 健保 太郎

連絡先 TEL 000 - 000 - 0000

資格喪失後 20 日以内に健康保険組合に必着のこと

## 【健保確認欄】

資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日	任意継続 被保険者番号	70 -		受付印
資格喪失年月日	令和 年 月 日				
被保険者期間	年 カ月	常務理事	担当者	確認者	
喪失時標準報酬	月額 千円				
生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)				
健診案内配付	必要 不要				

【説明・注意事項】

- ・保険料納付方法 月納・・・毎月10日までに納付  
半期前納・・・半年分をまとめて納付  
1年前納・・・1年分をまとめて納付  
※半期前納、1年前納は割引があります。  
※振込手数料は納付の都度発生し、被保険者負担です。  
※次年度も同じ納付方法となります、変更される方は早い目にご連絡ください。
- ・給付金払込先 給付金が発生した場合に健保から振り込む銀行をご指定ください。  
※保険料の口座引き落としの登録ではありません。

- ・住民票住所にお住まいでない方は居所をご記入ください。

居所住所記入欄	
〒	###-####
XXX府XXX市XXX町3丁目4番地 XXXXビル501	