

任意継続被保険者資格取得申請書

太枠内を記入

NO. _____

資格喪失時の 保険証の	記号	〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇-〇〇	喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	〇年	〇月	〇日
	事業所名 (会社名)	〇〇〇〇株式会社			所属名	〇〇部 〇〇課			
私は別紙「任意継続被保険者制度について」の内容を了承のうえ、下記の通り申請します。 (フリガナ) 〇〇〇 〇〇〇〇〇〇 (氏名) 〇〇 〇〇〇〇					性別	男・女			
					生年月日	昭和 平成	〇年	〇月	〇日
住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) ※マンション・アパート名も記入 〇〇 都道府県 〇〇〇市〇〇〇町〇〇〇-〇				固定電話と携帯電話など、2つ以上番号をお持ちの方は、日中連絡のとりやすい順にお書きください				
電話番号	① 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇		② 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇						
扶養の有無	無・有 (有のときは、新たに審査が必要となりますので扶養登録申請書と状況に応じた必要書類を添付してください)								
納付方法の選択	1. 毎月 まずは払込票で払込 その後毎月口座から引落			2. 半年前納 初回分と9月分(3月分)までを払込票で払込 その後半年ごとに払込票で払込			3. 1年前納 初回分と3月分までを払込票で払込 その後1年ごとに払込票で払込		

健保使用欄	
常務理事	標準報酬月額
事務局長	介護保険料
課長	有・無
	資格照合
担当者	証回収

・この申請書をご提出いただいた方は、「Smile Life」等の送付物の配送を委託するため、運送業者等に住所・氏名等の個人情報の提供を行うことをご了承いただいたものとさせていただきます。

・自動払込利用申込書(A4)を必ず添付してご提出ください。

1, 2, 3のいずれかに〇をつけてください

2105

本社担当者および本社責任者が押印

所属担当者および所属責任者が押印

事業所	所属
印 印	印 印

健保受付印
