

|                   |        |        |
|-------------------|--------|--------|
| ※ この欄は記入しないでください。 | 標準報酬月額 | 1ヶ月保険料 |
|                   | 千円     | 円      |

## 健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書 (兼 誓約書)

|               |   |             |                  |           |         |
|---------------|---|-------------|------------------|-----------|---------|
| 保険証の<br>記号・番号 | 記号  | 1 2 3       | 事業所の<br>名称<br>所属 | 名称        | (会社名)   |
|               | 番号  | 4 5 6 7 8 9 |                  | 所属        | (所属名)   |
| フリガナ          | ○○○ ○○○○  |             | 郵便番号             | (自宅の) -   |         |
| 氏名            | ○○ ○○   |             | 住所               | (被保険者の)   |         |
| 生年月日          | ○年 ○月 ○日生   |             |                  |           |         |
| 資格喪失の日        | ○年 ○月 ○日  |             |                  |           |         |
| 標準報酬月額        | ○○○ 千円  |             | 電話番号             | 被保険者の ( ) |         |
| 支払方法          | 毎月払い  |             | 年2回払い            |           | 年度分一括払い |
|               | 上記のいずれかを○でお選びください。<br>新年度保険料のお支払い方法については、3月上旬に自宅へ郵送いたします。 |             |                  |           |         |

保険給付金等の受取用金融機関口座を記入して下さい。

(注) 任意継続保険料の振替用口座の指定ではありません。

|       |         |             |      |          |       |
|-------|---------|-------------|------|----------|-------|
| 振込先口座 | (金融機関名) | ○○銀行        | フリガナ | ○○○ ○○○○ |       |
|       | (支店)    | △△支店        |      | 名義人      | ○○ ○○ |
|       | (口座番号)  | 9 8 7 6 5 4 |      |          | 普通・当座 |

### 誓約書

1. 保険料は期日までに、所定口座(郵便口座 00930-6-55683)へ納付いたします。
2. 資格喪失した場合、すみやかに被保険者証を返却いたします。
3. 氏名・住所・電話番号・口座番号・被扶養者などの変更が生じた場合、すみやかに届出いたします。
4. 被扶養者調書(検認)があれば、前年の収入証明と年金振込み通知書の写しを提出いたします。

氏名                      ○○ ○○

|     |  |
|-----|--|
| 確認欄 | 内容を確認し、確認欄へチェック✓をしてください。   |
| ✓   | この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。<br>① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。<br>② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 |

受 付

資格喪失の日から 20 日以内に手続きをしてください。 この申請書兼誓約書は目的以外の使用はいたしません。