

※ 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 記号・番号	記号	999	事業所の名称 所属	名称	事業所名称
	番号	123456		所属	
フリガナ	ナンカイ タロウ		郵便番号	-	
氏名	南海 太郎		住所	自宅住所と連絡が取れる電話番号を記入。また、資格確認書の発行を希望する場合は、チェックをつけてください。	
生年月日	1964年 12月 1日生				
資格喪失の日	2024年 12月 2日				
標準報酬月額	300 千円		電話番号	( )	
支払方法	毎月払い		資格確認書	<input type="checkbox"/> 発行を希望	
	上記のいずれかを○でお選びください。 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)	〇〇銀行	フリガナ	ナンカイ タロウ
	(支店)	△△	名義人	南海 太郎
	(口座番号)	98765432		

## 誓約書

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 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。

2024年12月 改訂