

※ 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)

健康保険 記号・番号	記号	○○○	事業所の名称 所属	名称	○○株式会社
	番号	○○○○○○		所属	△△部
フリガナ	ナンカイ タロウ		郵便番号	自宅住所と日中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☑をつけてください。	
氏名	南海 太郎		住所		
生年月日	○年○月○日生				
資格喪失の日	退職日の翌日です 日				
標準報酬月額	退職時の標準報酬月額 千円		電話番号	<input type="checkbox"/> 発行を希望	
支払方法	<input type="radio"/> 毎月払い <input type="radio"/> 年2回払い <input checked="" type="radio"/> 年度分一括払い				
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)	○○銀行		フリガナ	ナンカイ タロウ	
	(支店)	▲▲支店	普通 当座		名義人	南海 太郎
	(口座番号)	○○○○○○				

誓約書

1. 保険料は期日までに、健保組合が指定する口座へ納付いたします。
2. 資格喪失時に資格確認書を所持している場合は、すみやかに返却いたします。
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 南海 太郎

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。