

※ 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

常務理事	事務長	担当者

## 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		事業所の 名称 所属	名称	
	番号			所属	
フリガナ 氏名			郵便番号	-	
生年月日	年	月	住所		
資格喪失の日	平成	年			
標準報酬月額	千円		電話番号	( )	
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。 ただし、9月以降に取得の方は、年2回払いは選べません。				

銀行口座 (預金通帳、もしくはキャッシュカードのコピーを添付してください)				
ゆうちょ銀行 の場合	(通帳記号)	(通帳番号)	フリガナ 名義人	
ゆうちょ銀行 以外の場合	(金融機関名称)		フリガナ 名義人	
	(支店)	普通・当座・その他		
	(口座番号)			

### 誓約書

1. 保険料は期日までに、所定口座(ゆうちょ銀行 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 \_\_\_\_\_ (印)

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、資格を有する間、健康保険組合で保管いたします。

目的以外の使用はいたしません。

( )  
受 付 印