

※ 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	900	事業所の 名称 所属	名称	***** (会社名)
	番号	999999		所属	*****
フリガナ 氏名	ケンポ タロウ		郵便番号	申請者の	
	健保 太郎			-	
生年月日	昭和 22年 4月 1日生		住所	申請者の	
資格喪失の日	平成 24年 1月 1日				
標準報酬月額	300 千円		電話番号	申請者の ()	
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。 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)	***** 銀行	フリガナ	ケンポ タロウ
	(支店)	***支店 普通 当座 ・ その他	名義人	健保 太郎
		(口座番号)	12345678	

誓約書

- 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。
- 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 健保 太郎



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