

※ 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	999	事業所の名 称	名称	〇〇〇〇株式会社
	番号	123456		所属	所属
フリガナ	ケンコウ タロウ		郵便番号	申請者の -	
氏名	健康 太郎		住所	申請者の	
生年月日	平成 3年 5月 1日生				
資格喪失の日	平成 30年 4月 1日				
標準報酬月額	200千円		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。 新年度の保険料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。				

現金給付受取用の銀行口座 (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	(支店) ※※※支店	フリガナ 名義人	ケンコウ タロウ 健康 太郎
	(口座番号) 99999999	普通・当座・その他		

### 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 健康 太郎



受付印

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。