

(被保険者 事業主 健康保険組合)

保険者証交付	令和 年 月 日
決定標準月額	千円
保険料月額	円

決定	令和 年 月 日	
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

日本化薬健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

(申請者) 〒  
住所

氏名

(電話)( ) - ( ) - ( )

(携帯)( ) - ( ) - ( )

下記のとおり申請します

被保険者証の記号・番号	記号	番号	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日(歳)
資格喪失の年月日	令和 年 月 日	資格喪失時の標準報酬月額	千円				
資格喪失時の事業所	名称						
	所在地						
資格喪失時の組合名称	日本化薬健康保険組合						
被保険者であった期間	年	ヶ月	備考				
各種給付金振込先口座名	(銀行・信用金庫・農協) 本店・支店						
	(フリガナ):( )						
口座番号:		(普通・当座) 口座名義:					

### 任意継続に関わる連絡事項

- (1) 被扶養者について 1. 異動なし 2. 異動あり
- (2) 保険料の支払い方法 1. 前納1年分一括払い 月~3月分  
2. 前納半年分一括払い 月~9月分、10月~3月分  
3. 9月まで毎月払い・半年分前納一括払い10月~3月  
4. 毎月払い

前納した場合、保険料が若干割引となります。

記入上の注意: 資格喪失の日(退職した日等の翌日)から20日を経過した後に申請書を提出する場合には、遅滞した事由を備考欄に記入すること。

受付日付印