

(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 元 年 6 月 1 日

(申請者) 〒000 - 0000
住 所 福山市〇〇1-2-3

氏 名 健 保 太 郎

(電話) (000) - (000) - (000)

(携帯) (000) - (000) - (000)

下記のとおり申請します

被保険者証の記号・番号	記号 940 番号 000000	生年月日 昭和 21 年 1 月 17 日 (60 歳) 平成 令和
資格喪失の年月日	令和 元 年 5 月 31 日	資格喪失時の標準報酬月額 470 千円
資格喪失時の事業所	名 称 〇〇支社 所在地 広島県福山市〇〇1-2-3	
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	35 年 3 ヶ月	備考 定年退職
各種給付金振込先口座名	〇〇 (銀行・信用金庫・農協) × × (本店・支店) (フリガナ): (ケンポ タロウ) 口座番号: 0000000 (普通・当座) 口座名義: 健 保 太 郎	

〈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 1 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月まで各月払い・半年分前納一括払い10月～3月
4. 各月払い

※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