申請者　　⇒　荏原健康保険組合

※この申請書は**退職日の翌日から20日以内**に提出してください。（厳守）
期限を過ぎますと申請できませんのでご注意ください。事前申請も受付します。

任-1

決　－　裁		
常務理事	事務長	担当者

受　付	令和　　年　　月　　日
決　定	令和　　年　　月　　日

999　－

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

旧資格取得年月日 □ 昭和 □ 平成 □ 令和　　年　　月　　日

① 健康保険被保険者証の記号と番号	記号		番号		②被保険者の氏名・性別		□ 男 □ 女
					③生 年 月 日	□ 昭 □ 平　　年　　月　　日	
④ 住　所	〒　　－ 電話番号　　－　　－　　FAX　　－　　－ **※退職にともない転居される場合は連絡のつく住所をご記入ください。**　転居予定日：						
⑤ 資格喪失の年月日（退職日の翌日）	令和　　年　　月　　日				⑥ 資格喪失の際の標準報酬月額	※健保にて記入 千円	
⑦ 勤務していた事業所（保険証に記載）	名　称						
	所在地						
⑧ 保険料納入方法	ご希望の方法にチェックをつけてください。 □ A. 毎月納入　□ B. 半期毎前納（前期：4～9月/後期：10～翌3月）　□ C. 年度末まで前納 **※Aのみ口座引落し。引落口座登録用紙は後日送付。B、Cはお振込み、加入月の翌月分より割引適用。**						
⑨ 備　考	**給付金等受取口座**（給付金が発生した際に健保よりお振込みする口座です。保険料の引落をするものではありません。） 銀行名：　　支店名：　　種別：□ 普通　□ 当座 5桁の記号（ゆうちょ銀行の場合のみ記入）： フリガナ 口座番号：　　口座名義：						

※被扶養者を継続して扶養に入れたい場合は「任意継続被扶養者届」の提出が必要です。（新規で扶養に入れる場合は要添付書類）

【留意事項】

1. 保険料は期限内に必ずお振込みくださいますようお願いいたします。
   注1） 期限内にお振込みがない、口座引落しができなかった場合は資格喪失といたします。
   注2） 資格喪失後に当健康保険組合の保険証でかかった医療費は後日請求いたします。
2. 住所、氏名、電話番号、被扶養者に変更があったときにはすみやかにご連絡ください。
3. 任意継続被保険者の資格を喪失した場合は、必ず保険証を返納ください。

留意事項確認し、上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日　　受付印

荏原健康保険組合理事長殿

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

荏原健康保険組合