

提出先: 〒103-8510 東京都中央区日本橋箱崎町19-21
日本アイ・ピー・エム健康保険組合(HZD-YY1)

No. _____

理事長	常務理事 事務長	G L	担当者	被扶養者 台帳照合印

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

太枠内を記入してください

申請日 平成XX年XX月XX日

(2)(1) この申請書は被保険者資格喪失後二十日以内に提出してください。(注意書き参照)

退職時の健康保険被保険者証の記号および番号	記号	456	フリガナ	ケンポ ススム 健保 進	印	(印)
	番号	123456	生年月日	昭・平 XX年 XX月 XX日生 (XX才)	(男・女)	
※IBM在職時の社員番号(該当者のみ): XXXXXX						
自宅TEL XXX - XXX - XXXX (携帯TEL XXX - XXXX - XXXX)						
自宅住所		〒XXX - XXXX 千葉県千葉市美浜区XX町X - XX - XX				
退職時に在籍していた事業所 (保険証に記載されている事業所)	会社名	日本アイ・ピー・エム(株)			略称	IBM
	入社日	昭・平 XX年 XX月 XX日	退職日	昭・平 XX年 XX月 XX日		

被扶養者(該当者全員を記入してください。現況と異なる場合は「健康保険被扶養者異動手続き」が必要です。)

氏名	性別	生年月日	続柄	氏名	性別	生年月日	続柄
健保 勝夫	男	平 XX/XX/X	長男				

IBM健保からの給付金・補助金等の振込先

銀行名	支店名	店番	口座番号	口座名義
三菱東京UFJ銀行	フリガナ セタガヤ 世田谷 支店	XXX	普・当 XXXXXXX	カタカナ ケンポ ススム

保険料の納付方法 (☑選択してください。自動引落はできません。)

毎月払い 一年前納 (年1回) 6ヶ月前納 (年2回)

注) 一年前納: 4月(または任継加入月)~3月(年度末)までの年1回払い

6ヶ月前納: 4月(または任継加入月)~9月までと10月(または任継加入月)~3月(年度末)までの年2回払い

[健康保険組合使用欄]

任意継続被保険者資格取得日	平成 年 月 日	任意継続被保険者資格喪失予定日	平成 年 月 日	
資格喪失の際の標準報酬月額	健康保険組合理事長が公示した標準報酬月額	法定標準報酬月額	法定健康保険料	法定介護保険料
千円	千円	千円	千円	千円
加入期間: 2ヶ月以上 <input type="checkbox"/>	調定: <input type="checkbox"/>			

決済日付印

受付日付印