

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 氏名	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		
個人番号(マイナンバー) : XXXXXXXXXXXXXX					
自宅TEL XXX - XXX - XXXX (携帯TEL XXX - XXXX - XXXX)					
〒 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 勝男	男	平 XX/XX/XX	長男				
個人番号(マイナンバー): XXXXXXXXXXXXXX				個人番号(マイナンバー):			
個人番号(マイナンバー):				個人番号(マイナンバー):			

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 XXXXXXXX	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
千円	千円	千円	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