

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

No. \_\_\_\_\_

※ 受付日付印	同年月日	平成	年	月	日	施行年月日	平成	年	月	日
	常務理事	事務長	担当	扱	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。  
一度加入されずと任意に脱退・喪失できません。(注意書き参照)

退職時の健康保険 被保険者証の 記号及び番号	記号 456	フリガナ 氏名 ケンポ ススム 健保 進	印 健保
	番号 123456	生年月日 昭・平XX年XX月XX日生 (57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	〒XXXX-XXXX 千葉県千葉市△△区〇〇町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・ビー・エム(株)	略称 IBM	
	入社日 昭・平5年4月1日	退職日 昭・平15年3月31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/XX	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 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 (又は任継加入月)~3月 (年度末) までの年一回払い

6ヶ月前納: 4月 (又は任継加入月)~9月までと10月 (又は任継加入月)~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		決定標準報酬月額		決定健康保険料		決定介護保険料		
千円	千円		千円		円		円		
加入期間: 2ヶ月以上 <input type="checkbox"/>	受付日付印				調定: <input type="checkbox"/>				