

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 (H2D-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 年 月 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 | フリガナ氏名 | | 印 |
| | 番号 | 生年月日 | 昭・平 年 月 日生 (才) 男・女 | |
| ※IBM在職時の社員番号(該当者のみ): | | | | |
| 自宅TEL | | - - (携帯TEL - -) | | |
| 自宅住所 | 〒 - | | | |
| 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 | | | 略称 |
| | 入社日 | 昭・平 年 月 日 | 退職日 | 昭・平 年 月 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 |
|----|----|------|----|----|----|------|----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
| 銀行 | フリガナ支店 | | 普・当 | カタカナ |

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 | 千円 |
| 法定介護保険料 | 千円 | | |
| 加入期間: 2ヶ月以上 | <input type="checkbox"/> | | |

決済日付印

受付日付印

調定:

(注意)

一度加入されますと、次の事由以外では脱退・喪失はできません。

1. 被保険者期間が2年に達したとき
2. 再就職により他の健康保険に加入した時
3. 死亡した時
4. 健康保険料を納付日までに納めなかった時

なお、加入期間中に他の健康保険に加入するなどの理由により任意継続被保険者の資格を喪失する場合には健康保険組合宛で連絡の上、新たに加わったところの健康保険証のコピーを添付して日本アイ・ビー・エム健保の健康保険証を返却してください。

保険料未納のため被保険者資格を喪失された場合も、健康保険証は直ちに返却してください。

また、加入後、下記の変更があった場合には速やかに健康保険組合宛でご連絡ください。

- (1) 住所・電話番号
- (2) IBM健保からの給付金・補助金の振込先