

常務理事	事務長	G L	担当者

## 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 ××年××月××日

退職時の健康保険被保険者証の記号および番号	記号	×××	氏名	健保 太郎		
	番号	××××××	枝番	-00	生年月日	昭・平 ××年××月××日(××才) 男・女
個人番号(マイナンバー): ××××××××××××						
E-MAIL		×××××@×××.com		TEL ××× - ××× - ××××		
自宅住所		〒××× - ×××× 東京都××区××町××-××-××				
退職時に在籍していた事業所 <small>(保険証に記載されている事業所)</small>	会社名	日本アイ・ピー・エム(株)		退職日	令和××年××月××日	

この申請書は退職の翌日から二十日以内に提出してください。

被扶養者(該当者全員を記入。現況と異なる場合は「健康保険被扶養者異動届」を提出してください。)

氏名	性別	生年月日	続柄	氏名	性別	生年月日	続柄
健保 愛	女	平成××/××/××	長女				
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):				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
××× 銀行	フリガナ ×××× ×× 支店	×××	普・当 ××××××××	カタカナ ケンポ タロウ

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。)

<input type="checkbox"/> 毎月払い	<input checked="" type="checkbox"/> 一年前納 (年1回)	<input type="checkbox"/> 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	令和 年 月 日	任意継続被保険者資格喪失予定日	令和 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	円	円	
加入期間: 2ヶ月以上 <input type="checkbox"/>	決裁日付印			受付日付印	調定: <input type="checkbox"/>