提出先：〒103-0015　東京都中央区日本橋箱崎町36-2
Daiwaリバーゲート南ウィング10階
日本アイ・ビー・エム健康保険組合

No.

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

退職時の健康保険証等の記号および番号	記号 ×××		氏　名	健保　太郎
	番号 ××××××	枝番 ー00	生年月日	(昭)・平　××年××月××日（××才）(男)・女
個人番号（マイナンバー）：	××××××××××××		資格確認書発行要否	☑ 発行が必要
E-MAIL	×××××@×××.com		TEL	××× - ××× - ××××
住民票住所	〒 ××× ー ×××× 東京都××区××町××-××-××			
退職時に在籍していた事業所（お勤めされていた会社）	会社名	日本アイ・ビー・エム（株）	退職日	令和　××年　××月　××日

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	個人番号（マイナンバー）	資格確認書発行要否
健保　愛	女	(昭)平 令 ×× 年 ×× 月 ×× 日	長女	×××× ×××× ××××	☑ 発行が必要
		昭 平 令　年　月　日			☐ 発行が必要
		昭 平 令　年　月　日			☐ 発行が必要
		昭 平 令　年　月　日			☐ 発行が必要

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。）

☐ 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	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	法定健康保険料	法定介護保険料	加入期間：2ヶ月以上	調　定
千円	円	円	☐	☐

常務理事	事務長	G L	担当者

決裁日付印　受付日付印

※この申請書は資格喪失日（退職の翌日）から二十日以内に提出してください。（健保必着）

（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とき

3．　死亡したとき

4．　健康保険料を納付日までに納めなかったとき

5．　2．3．以外の理由で脱退を希望する旨を、申し出たとき（喪失届受理日の翌月の1日喪失）

任意継続加入期間中、再就職により他の健康保険に加入する等の理由で任意継続被保険者の資格を喪失(脱退)する場合は、資格喪失届（兼　保険料還付請求書）をご提出いただくとともに、IBM健保発行の有効期限内の資格確認書、従来の被保険者証（カード型）、高齢受給者証等（被扶養者もご加入されていた場合は被扶養者も含め全員分）含めご返却ください。
資格喪失届に添付する書類や保険証等の返却の時期は資格喪失（脱退）理由により異なりますので、IBM健康保険組合ホームページにてご確認ください。

保険料未納のため被保険者資格を喪失された場合も、保険証または資格確認書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てご連絡ください。

（1）　住所・電話番号およびE-MAILアドレス

（2）　IBM健保からの給付金・補助金の振込先