

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

No. _____

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 **××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
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

この申請書は被保険者資格喪失後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××/×/×	子				
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	×××	Ⓢ・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"/>	調定: <input type="checkbox"/>			

決裁日付印

受付日付印