

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			
	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			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		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
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

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	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	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

(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、任意継続被保険者証(IBM健保の保険証)を必ずご返却ください。

資格喪失届に添付する書類や保険証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