

※保険料は在職中の約2.3倍になります。(上限あり)

正確な保険料を知りたい等、お気軽に健保組合へご相談ください。

(03-5384-7740 内線731-4562)

健康 介護 合計	保 険 料		
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円

常務理事	事務長	担当者	番 号				
第1回納付書送付 保険料				備考			
納付月	月	～	月				
期 限	/						
MBS	有・無	/	まで	令和	年	月分	保険料～
標準報酬月額		資格喪失の際の標準報酬月額		千円			
		理事長が公示した標準報酬月額		千円	千円	千円	
		決定標準報酬月額		千円	千円	千円	

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

令和 年 月 日提出

資格喪失の際の健康保険被保険者証の記号・番号	記号	氏 名							
	番号	-00	生年月日	昭・平	年	月	日	年 齢	歳
資格喪失年月日	令和 年 月 日 (退職日の翌日)								
資格喪失の際の事業所									
資格喪失前の被保険者であった期間	(入社日)	昭・平・令	年	月	日	加入	年 数	年	ヵ月
	(退職日)	令和	年	月	日				
被扶養者	氏 名	生年月日	性別	続柄	住 所				
保険料の納付方法	①1ヵ月毎、銀行振込 ②1ヵ月毎、銀行口座からの自動引落とし(最初の数ヵ月は銀行振込) ※毎月、引落とし手数料がかかります ③半年分を前納、銀行振込(4月以降取得月～9月まで、10月以降取得月～翌年3月まで) ④1年分を前納、銀行振込(取得月～翌年3月まで) ※③④の場合、加入月の翌月分より割引が適用されます 【注意】 ②を検討する場合 自動引落としには、開始するにも中止するにも時間がかかります。 任意継続をやめる可能性がある場合は、②以外を選択ください。								
連絡事項	※再雇用等の予定のある方はいずれかに○をし、日にちをご記入ください。		・再雇用	月	日から	その他(転居予定等…日にちもご記入ください)			
			・就職で他健保へ	月	日から				
上記のとおり申請します。									
令和 年 月 日									
〒									
住 所									
電話番号									
携帯電話									
氏 名									
還付金があった場合の振込希望口座	銀行				支店 (普通・当座)				
	口座番号					口座名義人(カタカナ)			

受付日付印