

※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)

|         |                    |                |               |     |       |    |    |   |
|---------|--------------------|----------------|---------------|-----|-------|----|----|---|
| 健保使用決裁欄 | 常務理事               | 事務長            | 担当者           | 番 号 | 保 険 料 |    |    |   |
|         |                    |                |               |     | 健康    | 円  |    | 円 |
|         |                    |                |               |     | 介護    | 円  |    | 円 |
|         |                    |                |               |     | 合計    | 円  |    | 円 |
|         | 第1回納付書送付 保険料       |                |               |     | 備考    |    |    |   |
|         | 納付月 月 ~ 月<br>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       | 自 昭・平・令  | 年    | 月  | 日            | 加入  | 年 月      |
|                        | 至 令和   | 年    | 月  | 日            | 年数  |          |
| 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カ月毎、銀行振込<br>②1カ月毎、銀行口座からの自動引落し(最初の数カ月は銀行振込)<br>※毎月、引落とし手数料がかかります<br>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)<br>④1年分を前納、銀行振込(取得月~翌年3月まで)<br>※③④の場合、加入月の翌月分より割引が適用されます<br>【注意】 ②を検討する場合<br>自動引落しには、開始するにも中止するにも時間がかかります。<br>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<br>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<br>・就職で他健保へ 月 日から<br>その他(転居予定等…日にちもご記入ください) |              |     |          |
| 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)  |     |          |

健保使用欄

受付日