

受 付	年 月 日
決 定	年 月 日

常務理事	事務長		係員	担当

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険被 保険者証の 記号及び番 号	記号	番号	被保険者の 氏名・性別	性別	男・女
			生年月日	昭・平 年 月 日	
資格喪失の年月日			年 月 日	資格喪失日の際の 標準報酬月額	千円
資格喪失の際に使用されていた 事業所		名 称			
		所在地			
資格喪失の際の組合名称		日本事務器健康保険組合			
保険料の納入方法(○で囲む)		1. 月払い……………保険料納入告知書にて、毎月振込 2. 前納払い(半期)……4月～9月分又は10月～翌年3月分を一括振込 3. 前納払い(年間)……4月～翌年3月分を一括振込 (上記期間中、任意継続期間の満期(2年)を迎える場合は、資格喪失の前月まで納付) 【注意】 前納払いの場合、「就職・死亡」以外の理由(例えば国保加入等)で途中で任意継続保険を止めた場合、未経過期間に拘わる保険料の返却は出来ません。			
備 考		(前納保険料の適用) ①任意継続被保険者の資格を取得した日(退職日の翌日)の属する月の翌月分から(毎月 ②取得月の翌月分から9月分まで／10月から翌年3月分まで(半期前納) ③取得月の翌月から翌年3月分まで(年間前納) ※保険料の振り込み手数料は、被保険者様のご負担となります。			

上記の通り申請します。

年 月 日

日本事務器健康保険組合 理事長殿

受付日付印	申請者の	〒	—	
	住所	_____		
	電話番号	_____		
	氏名	_____ (印)		