

任意継続被保険者資格取得申出書

常務理事	事務長		担当

令和 年 月 日

資格喪失時の 記号・番号	記号		番号	
氏 名	フリガナ			
申 請 者 の 住 所	〒			
	自 宅 電 話		携 帯 電 話	
生 年 月 日	年 月 日			性 別
メールアドレス (退職後に連絡がとれるもの)				
資 格 喪 失 の 年 月 日 (退 職 日 の 翌 日)	令和 年 月 日			
給 付 金 等 振 込 先	銀 行 本店			
	信用金庫 支店			
	普通 口座番号 口座名義(カナ)			
保 險 料 の 納 入 方 法	☐ 1. 毎月ごと ☐ 2. 1年分前納 ☐ 3. 半年分前納			
被 保 険 者 同 意 欄	保険料の納入期日までに入金の確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとる事に同意致します。			
	被保険者氏名			
被 扶 養 者 状 況	氏 名	生 年 月 日	性別	続 柄
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
	住 所			

(注)この申請書は資格喪失日から20日以内に健康保険組合に届かない場合は受付できませんのでご注意ください。

	任意継続被保険者証 記 号 ・ 番 号	
	資 格 喪 失 予 定 日	令 和 年 月 日
	資 格 喪 失 時 標 準 報 酬 月 額	千円
	組 合 平 均 月 額	千円
	初回保険料納入日	

三ツ星ベルト健康保険組合

受付日付印

任意継続被保険者資格取得申出書

常務理事	事務長		担当

令和 年 月 日

資格喪失時の 記号・番号	記号	〇〇	番号	〇〇〇〇〇	
氏 名	フリガナ	ケンポ タロウ			
		健保 太郎			
申 請 者 の 住 所	〒	1510051			
		東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇			
	自宅Tel	03	1234	5678 携帯Tel 090 9876 5432	
生 年 月 日	昭和	〇	年 〇 月 〇 日	性 別 男	
メールアドレス (退職後に連絡がとれるもの)	〇〇△△@〇〇〇〇.ne.jp				
資 格 喪 失 の 年 月 日 (退 職 日 の 翌 日)	令和 〇 年 〇 月 〇 日				
給 付 金 等 振 込 先	〇〇〇		銀 行 〇〇	本店	
	信用金庫		〇〇	支店	
	普通	口座番号	1234567	口座名義(カナ) ケンポ タロウ	
保 険 料 の 納 入 方 法	☒ 1. 毎月ごと ☐ 2. 1年分前納 ☐ 3. 半年分前納				
被 保 険 者 同 意 欄	保険料の納入期日までに入金の確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとる事に同意致します。				
	被保険者氏名 健保 太郎				
被扶養者状況	氏 名	生 年 月 日	性別	続 柄	住 所
	健保 花子	昭 50年12月16日	女	妻	東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇
	健保 桃子	平 17年 9月 4日	女	長女	同上
		昭 年 月 日			
		昭 年 月 日			

(注) 1. この申請書は資格喪失日から20日以内に健康保険組合に届かない場合は受付できませんのでご注意ください。

任意継続被保険者証 記 号 ・ 番 号		
資 格 喪 失 予 定 日	令 和	年 月 日
資 格 喪 失 時 標 準 報 酬 月 額	千円	
組 合 平 均 月 額	千円	
初回保険料納入日		

受付日付印