

決 裁	申 出 受 理			
	常務理事	事務長		担 当

標準報酬月額 千円

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

① 健康保険被保険者証の記号及び番号	記 号	1	番 号	123456
② 被保険者の氏名・性別	氏 名	立川 太郎	性 別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
③ 生年月日	昭和・平成・令和	〇〇年	〇月	
④ 資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	〇〇年	〇月	〇〇
⑤ 退職時の事業所名 (会社名)	株式会社 〇〇〇〇			
⑥ 保険料納付方法	<input checked="" type="radio"/> 前納(通年分) <input type="radio"/> 前納(半期分) <input type="radio"/> 毎月納付			
⑦ 制度に関する確認 ※確認のうえ、「はい」を ○で囲んでください	ア) 別添「任意継続について」をご覧になりましたか? ⇒ ⇒ <input checked="" type="radio"/> はい イ) 任意継続の制度について、内容を確認・理解しましたか? ⇒ ⇒ <input checked="" type="radio"/> はい			

会社に在籍していたときの保険証に記載されていた記号番号を記入する。
わからないときは、在籍していた会社に確認してください。

会社に在籍していたときの会社名称を記入する。

保険料納付方法は、3種類の中からひとつを選び、必ず記入してください。
記入がないと確認がとれるまで手続きが停止されます。

任意継続の制度を確認・理解したうえで、上記のとおり申出します。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

H.U.グループ健康保険組合理事長 殿

【住民票上の住所】

〒 123-4567
東京都〇〇市〇〇町〇-〇〇-〇

【居所 ※住民票と同じ場合は✓を記入することで省略可→ 】

〒

【電 話】 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

(日中に連絡がとれる連絡先 : 090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇)

【氏 名】 立川 太郎

健保からの連絡が必要な時に日中連絡が取れる連絡先を必ず記入してください。
会社を経由しない直接の取扱いになりますので、住所を含めて変更があった場合は、都度連絡をお願いします。