

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

① 在職時の健康保険証 記号及び番号	記号	番号
	(801 -)	
② 資格喪失の年月日(退職日の翌日)		③ 資格喪失時の標準報酬月額
令和 年 月 日		千円
④ 資格喪失の際使用 されていた事業所	名称	
	所在地	
資格喪失の際の管轄組合の名称		自動車振興会健康保険組合
保険料の納付方法 (いずれかを○で囲んでください。)	・毎月納付 ・前納(9月末迄) ・前納(翌年3月末迄) 前納ご希望の場合は、ご連絡ください。	
備考 (健保組合で記入します)	昭・平・令 年 月 日 取得 月分～ 月分	介護有・無

上記の通り、申請します。

フリガナ 氏名		性別	生年月日
		男・女	昭・平・令 年 月 日
フリガナ	〒 _____ 記入 自宅☐ () 必須 携帯☐ ()		
現住所			
メールアドレス	@		

●保険料振込先 三菱UFJ銀行 六本木支店 普通口座 口座番号0002356

※【任意継続の保険料は、自動引落の取り扱いを致しません】

●振込指定先金融機関口座(組合が保険給付金等をお支払いする場合に必要となります。必ずご記入下さい。)

銀行・信金・信組・農協(銀行コード _____)		支店(支店番号 _____)
普通預金口座番号		フリガナ 口座名義

— 必ずお読みください —

1. 扶養家族を継続して被扶養者にする場合は、再認定することになりますので、新たに被扶養者異動届、現況届、その他各種証明書等を添付してください。 受付日
2. 今後の保険料は、毎月10日が納付期限となります。(1日でも遅れると任意継続被保険者の資格がなくなりますので十分ご注意ください。)
3. 個人番号は、事業所に勤務されていた時に登録されたものを利用します。

※この申請書は、健康保険法第37条の規定による期限(資格喪失の日から20日以内)までに必ず保険料を添えて、健康保険組合まで提出してください。

念書

この度、私は自らの選択で自動車振興会健康保険組合の任意継続被保険者となることを希望いたします。

健康保険法により、健康保険組合の定める一般保険料、調整保険料および介護保険料(40歳以上65歳未満で介護保険該当の場合)を毎月10日の納付期限までに必ずお支払いいたします。

私は、上記保険料の納付が、もし、納付期限より1日でも遅れた場合には、健康保険法の規定により健康保険被保険者の資格がなくなることを承知しております。

また、任意継続被保険者の資格を喪失した際には、健康保険被保険者証を、速やかにお返しすることを約束いたします。

在職時	記号		番号	
-----	----	--	----	--

住所 _____

氏名 _____