

常務理事	事務長	係 員

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

日東電工健康保険組合

被保険者証	記号	2001	現住所	〒 000 - 0000	氏名	日東 太郎	
	番号	00000		〇〇県△△市◇◇1-1			TEL: 000 - 0000 - 0000
資格取得年月日	昭和・平成 ・令和	00年 00月 00日	生年月日	昭和	被扶養者	有・無	
資格喪失年月日	令和	00年 00月 00日		平成			
資格喪失の際 使用されていた事業所	名称	〇〇株式会社			保 険 給 付 金 振 込 先		
	所在地	〇〇県△△市◇◇2-2			〇〇 銀行 △△ 支店 信用金庫		
保険料支払方法	2回目以降の保険料納付方法について、いずれかに○印をしてください。					口座種別	普通・当座
	① 月払納付 ② 9月分まで前納 ③ 翌年3月分まで前納					フリガナ	ニツウ タロウ
資格確認書 発行要否	該当する番号を○で囲んでください。資格確認書の発行は①～③に該当する場合に限りです。 ① 発行不要（マイナンバーカードを保有し、健康保険証利用登録を行っている） ② マイナンバーカードを取得していない、若しくはマイナンバーカードを返納した。 ③ マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない、健康保険証利用登録解除を申請した、若しくは利用登録解除済み。 ④ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている。					口座名義	日東 太郎
						口座番号 (右詰め記入)	0 0 0 0 0 0 0
任意継続 被保険者証	記号	2002	資格喪失の際の 標準報酬月額	千円	決 定	千円	
	番号		標準報酬月額		標準報酬月額		
保険料月額	円		保 険 料 納 付 期 限	1回目は、令和 年 月 日までに納付して下さい。 2回目からは、毎月10日までに納付して下さい。			
任意継続被保険者 資格喪失の時期	資格喪失日 令和 年 月 日		(注) 1. 本申請書は太枠のみ記入し、資格喪失後20日以内に提出して下さい。 2. 被扶養者が有る場合、被扶養者（異動）届を添付して下さい。 3. 保険料を納付期日（毎月10日）までに納付されないときは、自動的に被保険者の資格が喪失されます。				