常務理事	事務長	係

任意継続被保険者資格取得申請書

記入見本

番号と資格取得の年月日は退職時の健康保険証を参照してご記入ください。

カルビー健康保険組合理事長　　殿

※任意継続加入を希望される方は、国民健康保険料をご確認のうえご検討ください。

資格喪失時の記号・番号	10		○○○○	
資格取得の年月日	(平)・令　25　年　4　月　1　日			
資格喪失の年月日 **(退職日の翌日)**	令和　4　年　1　月　21　日			
資格喪失時の標準報酬月額	※ **空白で可** 千円	決定月額	※ **空白で可**	
資格喪失時の事業所 事業所名称	退職時の事業所名を記入してください。			
資格喪失時の事業所 所在地	事業所の所在地を記入してください。			
(銀行名・支店名　フリガナ)	ﾐｽﾞﾎｷﾞﾝｺｳ	ﾏﾙﾉｳﾁｼﾃﾝ		
給付金等振込指定先	みずほ　銀行　丸の内　支店	(普)・当	No.9999999	
保険料納入指定区分	1.　毎月ごと　2.　半年分前納　3.　1年分前納			

任意継続を申請される方(ご本人)の金融機関口座をご記入ください。

保険料の希望納入区分に○をつけてください。

保険料誓約書

私は、任意継続被保険者資格を取得した場合、保険料の納付額を指定された納付期限までに遅延なく納めることを、ここに誓約します。
万一、保険料の納付が遅延し、指定された納付期限までに貴健康保険組合で確認できなかったときは、納付期限の翌日から任意継続被保険者資格を喪失させることに同意するとともに、ただちに被保険者証を返却します。

被保険者氏名　　健保　太郎

申請者の住所	〒110-0005 東京都台東区上野　1－2－3 平和マンション　５０２号室 自宅　03　(　9999　)　9999 携帯　090　(　9999　)　9999
(フリガナ) 氏名	ケンポ　タロウ 健保　太郎
生年月日	(昭和)・平成　42　年　1　月　20　日　(　55　)歳　性別　(男)・女
メールアドレス	mihon@mihon.ne.jp

（注）被扶養者がいる場合は、「被扶養者異動届」と「その他添付書類」を提出して下さい。
※印の欄は、記入しないでください。

任意継続被保険者証記号・番号	※	※
喪失予定年月日	※ 令和　年　月　日	

受付日付印