

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	課長・リーダー	担当者

※太線内にご記入ください。

平成 年 月 日 提出

退職前の被保険者証の記号及び番号		フリガナ 氏名		生年月日	S・H 年 月 日	性別	男・女
資格喪失の年月日	平成 年 月 日	住所	〒		電話番号 () - -		
資格喪失の際勤務していた事業所	会社名				フリガナ 銀行名		
	所在地				フリガナ 支店名		
保険料納付方法の選択 (番号に○印をつけてください)	1. 毎月払 2. 通期前納 3. 半期前納		備考		口座種別	口座番号	
					普通・当座	No.	
					フリガナ 口座名義		
本人及び被扶養者のマイナンバーを退職前の事業所から健康保険組合へ提供することに同意しますか？					はい	いいえ	

注： 1. 在籍中の保険証は必ず事業所人事担当者に返却してください。 武田薬品健康保険組合
 2. 保険料はご自身で振込んでください。
 3. 毎月払いは、毎月10日までに振込んでください。
 4. 半期・通期前納には、前納割引があります。
 5. 取引銀行欄は、健保から給付金等を振込むため、銀行口座をご記入ください。
 6. マイナンバー提供に同意いただけない場合や事業所が保有していなかった場合は、後日マイナンバー関連書類の提出を健保からご依頼いたします。
その場合、再度本人確認書類等をご提出していただくこととなりますので、予めご留意ください。

健保処理欄	新記号・番号	—	チ エ ッ ク	資格取得入力	
	資格喪失時の標準報酬月額	等級		千円	保険料納付書発行
				被保険者証発行	