

記入例

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

退職前事業所	退職日	退職理由	提出者
記入不要			

提出される日をご記入ください。

※太線内にご記入ください。

平成 20年 4月 5日 提出

退職前の被保険者証の記号及び番号	1 2 3	4 5 6 7	フリガナ 氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎	(S)・H 生年月日	23年 4月 2日	性別	男 女
資格喪失の年月日	平成 20年 4月 2日		住所	〒 660-0000 尼崎市〇〇町××-△△		電話番号	(06)-1234-5678	
資格喪失の際勤務していた事業所	会社名	〇〇製薬株式会社			取引銀行	フリガナ	ツイスト	
	所在地	大阪市中央区道修町3丁目1番2号				銀行名	三井住友	
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		フリガナ	ジュウサ	
						支店名	十三	
					口座種別	口座番号		
					普通 当座	No.	1111110	
					フリガナ	ケンボ タロウ		
					口座名義	健保 太郎		
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、予めご注意ください。

健保処理欄	記入不要
-------	------