

任意継続被保険者 資格取得申出書

常務理事		担当	担当

被 保 険 者 欄	被 保 険 者 証											
	記号			番号								
	氏 名	(フリガナ)			(フリガナ)				生 年 月 日			性別
		(氏)			(名)				昭 和	年	月	日
住 所	〒 - <small>昼間につながる連絡先を ご記入下さい</small> 電話 アドレス											
勤務していた 業所名所						資格喪失年月日 (退職日の翌日)		令和	年	月	日	

念 書

任意継続被保険者の保険料については、毎月10日までに納入することが定められている（健康保険法第38条）ことから、期日までに納入しなかった場合には、翌日をもって資格喪失となることを了承いたします。

今後、期日までに保険料を納入しなかったことにより、資格喪失になっても異存ありません。なお、資格喪失後に受診に係る医療費等については全額返還いたします。また、被保険者については速やかに返納し、一切貴組合に迷惑をおかけしないことを約束します。

令和 年 月 日

氏名(自署)

被 扶 養 者 欄	被扶養者の氏名		性別	生年月日			続柄	備考
	フリガナ (氏)	(名)	男女	昭和 平成 令和	年	月	日	
フリガナ (氏)	(名)	男女	昭和 平成 令和	年	月	日		
フリガナ (氏)	(名)	男女	昭和 平成 令和	年	月	日		
フリガナ (氏)	(名)	男女	昭和 平成 令和	年	月	日		

※組合使用欄

被保険者期間	平成 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						喪失時月額	千円
任意継続被保険者								
記号	番号	取得日	令和 年 月 日			保険料	年払 半年 毎月 引落	
9 9 9		喪失日	令和 年 月 日					

受 付 印
