

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決済年月日	年	月	日

常務理事	事務長	係	係

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

① 退職前の健康保険被保険者証の記号番号		② 被保険者氏名		性別	男・女
記号	番号	③ 生年月日		昭・平 年 月 日	
④ 資格喪失年月日 (退職日の翌日)		令和 年 月 日	⑤ 資格喪失の際の 標準報酬月額		千円
⑥ 資格喪失の際に 使用されていた 事業所	名称				
	所在地	〒 -			
⑦ 資格喪失の際の 組合の名称		オートボックス健康保険組合			
⑧ 保険料の納付方法 (ご希望の納付方法に ○を付けてください。)	1 : 毎月納付	⑨ 被扶養者の 有無	有 ・ 無		
	2 : 前納(半期) ※ 4~9月、10~3月の6ヶ月ごと		※ 有の場合、「被扶養者(異動) 届」の提出が必要です。		
	3 : 前納(年間) ※ 年度末まで	⑩ 備考			
※保険料を前納する場合は割引があります。 詳細は健康保険組合までお問い合わせください					

《申請上の注意》

- 被保険者でなくなった日から 20日以内 に申請してください。
- 在職時に健康保険の被保険者であった期間が、2ヶ月(暦日)以上ある場合のみ申請できます。
- 加入期間は原則として 2年間 です。
- 毎月納付の場合、各月の保険料納付期限までに入金されない場合は、納付期限の翌日付で資格を喪失 します。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

オートボックス健康保険組合理事長殿

申請者 住所 〒 -

氏 名 ㊟

電話番号 - -
日中連絡可能な電話番号

メールアドレス @

※ 自署の場合は押印の必要はありません

健 保 記 入 欄 (記 入 不 要)					受 付 印
任意継続 記号番号			標準報酬月額 等級	第 等級	千円
任意継続 資格取得日	令 年 月 日	在職時 資格取得日	昭 平 令	年 月 日	
満了年月日	令 年 月 日				