

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	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女				
記号	123	番号	4567	③ 生年月日		<input checked="" type="radio"/> 昭平	〇〇年	〇〇月	〇〇日
④ 資格喪失年月日 (退職日の翌日)		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		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	株式会社 オートボックス〇〇〇							
	所在地	〒 135-8717 東京都江東区豊洲5-6-52							
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 〇を付けてください。)	① : 毎月納付		⑨ 被扶養者の 有無		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無 ※ 有の場合、「被扶養者(異動) 届」の提出が必要です。				
	2 : 前納(半期) ※ 4~9月、10~3月の6ヶ月ごと								
	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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

オートボックス健康保険組合理事長殿

申請者住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇

大阪府〇〇〇〇〇〇〇〇

氏名 健保太郎 健保

電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇  
日中連絡可能な電話番号

メールアドレス k-tarou@example.com

※ 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						