

※ この欄は記入しないでください。	標準報酬月額	1ヶ月保険料
	千円	円

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書 (兼 誓約書)

保険証の 記号・番号	記号	1 2 3	事業所の 名称 所属	名称	(会社名)
	番号	4 5 6 7 8 9		所属	(所属名)
フリガナ	○○○ ○○○○		郵便番号	(自宅の) -	
氏名	○○ ○○		住所	(被保険者の)	
生年月日	○年 ○月 ○日生				
資格喪失の日	○年 ○月 ○日				
標準報酬月額	○○○ 千円		電話番号	被保険者の ()	
支払方法	毎月払い		年2回払い		年度分一括払い
	上記のいずれかを○でお選びください。 新年度保険料のお支払い方法については、3月上旬に自宅へ郵送いたします。				

保険給付金等の受取用金融機関口座を記入して下さい。

(注) 任意継続保険料の振替用口座の指定ではありません。

振込先口座	(金融機関名)	○○銀行	フリガナ	○○○ ○○○○	
	(支店)	△△支店		名義人	○○ ○○
	(口座番号)	9 8 7 6 5 4			普通・当座

誓約書

1. 保険料は期日までに、所定口座(郵便口座 00930-6-55683)へ納付いたします。
2. 資格喪失した場合、すみやかに被保険者証を返却いたします。
3. 氏名・住所・電話番号・口座番号・被扶養者などの変更が生じた場合、すみやかに届出いたします。
4. 被扶養者調書(検認)があれば、前年の収入証明と年金振込み通知書の写しを提出いたします。

氏名 ○○ ○○

確認欄	内容を確認し、確認欄へチェック✓をしてください。
✓	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

受 付

資格喪失の日から 20 日以内に手続きをしてください。 この申請書兼誓約書は目的以外の使用はいたしません。