

任意継続被保険者資格取得申請書

申請者は太枠内にご記入ください。(網掛部分は記入しないでください。)

被保険者証 記号・番号	記号	98	番号	
----------------	----	----	----	--

【健保記入欄】

常務理事	事務長	担当者	担当者

注意:退職後20日以内に健保組合へ提出してください。

被保険者証 記号・番号	記号	番号	今まで勤務していた 事業所名称	
氏名	フリガナ		退職日	平成 令和
				年 月 日
資格取得 年月日	昭・平 合	年 月 日	退職事由	定年・選択定年・再雇用満了・自己都合 その他()
申請者の住所	〒 _____ 都道 市 区 府 県 郡			
電話	-	-	携帯	- - FAX - -
自宅 E-mail	備考			

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。
 (マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)
 ※マイナンバーが記載された書類を提出する場合は、記録の残る「郵便書留等」での送付をお願いします。

緊急連絡先は、可能な限り上記以外の電話番号の連絡者をご記入ください。

緊急 連絡先	氏名(フリガナ)	申請者 との続柄	申請者の…	電話	- -
				携帯 或いは FAX	- -

希望する納付方法に『○』をつけてください。(新規加入時の選択欄です)

納付方法 (1~3)選択	1. 月納 (1か月分)	2. 前納分割 (半期分)	3. 前納一括 (年間分)
-----------------	--------------	---------------	---------------

必ず、別紙【任意継続を申請される方へ】の【留意事項】をお読みの上、下記誓約書に署名後ご提出ください。

誓 約 書

私は、任意継続保険加入に際し、別紙「留意事項」を承知の上、次の事項を遵守することを誓約します。

- 健康保険組合に届け出た内容に変更がある場合は、速やかに申請します。
- 納付期日までに保険料を納めなかった場合は『資格喪失』を通告されても異議を申しません。
- 資格喪失した場合、直ちに被保険者証を健康保険組合に返却します。
- 万一、資格喪失日以降に受診した医療費を健康保険組合から請求された場合には、責任をもって速やかに支払います。

令和 年 月 日

ヤマハ健康保険組合理事長 殿

氏 名 _____ (印)

被扶養者を引続き扶養継続する場合、「被扶養者(異動)届」に必要な書類を添付の上、提出してください。

【健保記入欄】

資格喪失届	保険証回収	払込確認	資格取得年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	健保受付印
			退職時標準報酬月額	決定標準 報酬月額	
被扶養者の有無			千円	千円	備考
有(名) ・ 無			振込期限日	金額	
《採番処理日》					
《保険証交付日》					