任1-1

常務理事	事務長	担当者

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

任継記号	任継番号	申請者氏名	生年月日	性別	被扶養者の有無	備考
1120	※	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	昭和 5 ・ 平成 7　年　月　日	男 1 ・ 女 2	無 0 ・ 有 1	

資格喪失時の被保険者証の記号	資格喪失時の被保険者証の番号	資格喪失時の標準報酬月額	任継標準報酬月額	資格取得年月日	資格喪失予定年月日
		※ 千円	※ 千円	令和 9　※ 年　月　日	令和　※ 年　月　日

申請者の住所	〒　－　Tel（　）　－	保険料の納付方法（いずれか1つにレをつけてください）		
			□	口座振替　三菱UFJ銀行の本支店口座のみの取扱いとなります。別途「預金口座振替依頼書」を提出してください。
			□	毎月納付（振込）　健保組合発行の納付書で、毎月金融機関より振込をしていただきます。

最後に被保険者として使用されていた事業所の			最後に被保険者の資格を喪失した年月日
	名称		令和　年　月　日
	所在地		

給付金等振込希望口座	預金種別	普通・当座	金融機関名（ゆうちょ銀行を含む）	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	備考
	口座番号			口座名義（申請者本人名義）	（カタカナで記入）	

◎「※」印欄は記入しないでください。
◎被扶養者有の場合は、別途「健康保険被扶養者（異動）届」・「被扶養（申請）者現況届」（被扶養者が学生を除く16歳以上の場合）を提出してください。

令和　年　月　日提出

受付日付印

※健保組合使用欄

●保険料計算

任継標準報酬月額 ［　　］ 千円 ×

（40歳誕生日前日の月から65歳誕生日前日の月の前月まで） ×

健康保険料率 ［　］/1000 ＝ ［　　］ 円

介護保険料率 ［　］/1000 ＝ ［　　］ 円

保険料合計 ［　　］ 円

●保険料口座振替

パターン番号 ［　］

(2021.4.1)