

※申請書は資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内にご提出ください。

常務理事	事務長		担当

健康保険任意継続被保険者 資格取得申請書

P w C 健康保険組合理事長 殿

※保険証
の記号

※保険証
の番号

留意事項を確認のうえ、下記の通り申請します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

資格喪失時の記号・番号	記号	1	番号	1234	社員・職員コード	123456					
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 ○ 年 ○ 月 1 日										
被保険者氏名	フリガナ	ケンポ タロウ			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	1 年	2 月	3 日		
		健保 太郎				<input checked="" type="checkbox"/> 平成					
被保険者住所	〒	123-4567			自宅TEL	03 (1234) 5678					
		東京都○○区○○町 1-2-3 ○○マンション456号室				携帯TEL	090 (1234) 5678				
メールアドレス	kenpo_tarou @ ××××.com										
給付金等振込指定先	銀行コード	1	2	3	4	支店コード	5	6	7		
		○○○○			銀行	×××					
	<input checked="" type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 当	口座番号 (右づめ)			0	0	1	2	3	4	5
		口座名義 (カタカナ) ※被保険者名義の口座に限る			ケンポ タロウ						
保険料納入方法	<input checked="" type="checkbox"/> 1	毎月払い			<input type="checkbox"/> 2	半年前納			<input type="checkbox"/> 3	1年前納	

※留意事項1：前納の納付期限は資格取得月の月末日となる為、申請書を提出された時期によっては申出に添えないことがあります。

※留意事項2：初回保険料が期限までに納付されなかった場合は、資格取得は取り消されます。

被扶養者状況	氏名	生年月日	性別	続柄	同居・別居	備考
	フリガナ	ケンポ ハナコ	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令 2 年 3 月 4 日	女	妻	同居
フリガナ	ケンポ イチロウ	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令 1 年 2 月 3 日	男	長男	同居	
フリガナ		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日				
フリガナ		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日				
フリガナ		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日				

※留意事項3：被扶養者状況が、現職時と異なる場合は、「被扶養者異動届」と「その他添付書類」が必要です。

↓ ここより下 健保使用欄 (記入しないでください)

受付日付印

資格喪失時 標準報酬月額	千円			
任意継続被保険者証 記号・番号				
喪失予定年月日	令和	年	月	日