

# 記入例

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

同年月日	令和	年	月	日
常務理事	事務長	課長	係長	係

1 任意継続被保険者の加入申請期限は被保険者の資格を失った日から20日以内です。  
 2 保険料の基礎となる標準報酬はあなたの退職時の月額と前年9月末の組合の平均額とを  
 比べて低い額で決定されます。  
 3 被扶養者のある方は被扶養者異動届も必要です。  
 4 ※欄は記入しないでください。  
 5 口座振替には対応しておりません。

※	任意継続被保険者証の記号・番号	9000 —	資格取得年月日	令和 年 月 日	標準報酬月額決定額	千円
	資格喪失時の被保険者証の記号・番号	100 — 1000	資格喪失年月日	令和〇〇年 〇 月 〇 日	資格喪失時の標準報酬月額	470 千円
	最後に被保険者として 雇用されていた事業所	名称	〇〇信用金庫		退職後の状況 (右のいずれかに○を記入)	
		所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地			
	保険料納付期間 (希望納付期間①～③のいずれかに ○を付けてください)	前納	① 1年前納 (資格取得月の翌月から3月分まで)		資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要	
		前納	② 半年前納 (資格取得月の翌月から9月分まで ・ 資格取得月の翌月から3月分まで)			
		毎月	③ 資格取得月の翌月から毎月払い (振込手数料は毎月負担)			
	【確約事項】	必ず納付期間を選択してください		退職後の状況についてご記入ください		
	1. 保険料の振込の際には、必ず貴組合所定の方法にて期限までに納付します。	左記確約事項を承諾のうえ申請します。		愛知県信用金庫健康保険組合 理事長 殿		
	2. 保険料を期限までに納付しなかった場合は、被保険者の資格が納付期限の翌日で取消となる事を承諾し、資格確認書等を速やかに返納します。	〒 〇〇〇-〇〇〇〇		令和 〇 年 〇 月 〇 日		
	3. 期間満了日以前でも、他の健康保険の被保険者になった場合は脱退手続きをとり、資格確認書等を速やかに返納します。	住民票住所 〇〇市 〇〇町 〇丁目 〇番地		必ず <input type="checkbox"/> 内を熟読のうえ、発効要否内容を確認してください		
		氏名 信金 太郎		※住民票住所と居住地住所が異なる場合は、余白に居住地住所も別途ご記入願います		
		生年月日 昭和 〇 年 〇 月 〇 日				
		個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				
		電話番号 自宅 〇〇〇〇〇〇〇〇 携帯 〇〇〇〇〇〇〇〇		出来れば自宅と携帯それぞれ記入をお願いします		
		【あなたが保険給付金等を受取るための口座】		コードの記入をお願いします		
		金融機関名	金融機関コード	1 2 3 4	支店コード	0 0 1
			〇 〇	信用金庫	〇 〇	支店
		口座番号	普通	当座	0 9 8 7 6 5 4	
	受付印	当組合から給付金を振込むために必要となりますので必ず記入してください				