決裁日付
印

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

伺年月日	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。

被保険者が記入するところ

※	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	—	資格喪失年月日	令和　年　月　日	資格喪失時の標準報酬月額	千円

最後に被保険者として雇用されていた事業所	名称		退職後の状況（右のいずれかに〇を記入）		資格確認書発行要否	□ 発行が必要
	所在地			引き続き現在の会社で働く方		
				他の会社で働く方		
				働かない		

保険料納付期間（希望納付期間①～③のいずれかに〇を付けてください）		
	前納	① １年前納（資格取得月の翌月から３月分まで）
		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）

資格確認書の発行が必要な場合は「□発行が必要」にチェックを入れてください。発行は以下に該当する場合に限ります。

・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

●マイナ保険証を保有しているが、念のため資格確認書を持っておきたい場合は発行できません

【確約事項】

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。
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。
   その際、貴組合に損害を与えた場合はその責任を負うことを約束します。
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。

受　付　印

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

令和　　年　　月　　日

〒

住民票住所

※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

氏名

生年月日　昭和 ・ 平成　　年　　月　　日

個人番号

電話番号　自宅　—　—

携帯　—　—

【あなたが保険給付金等を受取るための口座】

金融機関名	金融機関コード		支店コード	
	信用金庫		支店	
口座番号	普通 ・ 当座			

R6.12