

〔記入例〕

日揮健康保険組合 御中

常務理事	事務長	担当者

(1/2)

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失時の事業所名	〇〇〇〇株式会社				
健康保険被保険者証の記号・番号	記号： ××× 番号： 〇〇〇				
被保険者名	フリガナ ニッキ タロウ 日揮太郎				
生年月日	昭和 40 年 5 月 5 日生 (54 才) 平成				
資格喪失前の被保険者であった期間	昭和 2 年 4 月 1 日 ~ 令和 1 年 10 月 31 日 平成 令和				
資格喪失時の標準報酬月額	470 千円				
資格喪失日 (退職日の翌日の日付)	令和 1 年 11 月 1 日				
被 扶 養 者	氏名	生年月日	性別	続柄	住所
	フリガナ ニッキ ハナコ 日揮花子	昭和 42 . 3 . 3 平成 令和	男・女		横浜市港南区日野〇-〇-〇
	フリガナ ニッキ イチロウ 日揮一郎	昭和 14 . 4 . 2 平成 令和	男・女		同上
	フリガナ	昭和・平成・令和	男・女		
	フリガナ	昭和・平成・令和	男・女		
任継保険料の支払方法 (希望のものを○で囲む)	1. 月払 ② 全期前納 3. 半期前納				
上記のとおり申請します。 令和 1 年 11 月 10 日 (〒 233 - 0050) 申請者 住所： 横浜市港南区日野〇-〇-〇 アパート マンション名 横浜〇〇〇マンション305号室 氏名： 日揮太郎 電話： 045 (〇〇〇) 〇〇〇〇 FAX： 045 (〇〇〇) 〇〇〇〇					

資格取得時決定事項		月払	全期前納払・前期前納払	後期前納払	
記号・番号	990 -	(月分 ~ 月分)	(月分 ~ 月分)	(月分 ~ 月分)	
資格取得日	令和 . .	保 険 料： 円	保 険 料： 円	保 険 料： 円	
資格喪失予定日	令和 . .	調整保険料： 円	調整保険料： 円	調整保険料： 円	
(資格喪失日)	令和 . .	介護保険料： 円	介護保険料： 円	介護保険料： 円	
標準報酬月額	千円	合 計： 円	合 計： 円	合 計： 円	
備 考					

- (注意)
- この申請書は、資格喪失の日から20日以内に申請してください。
 - 住所が社宅の場合は退職後の移転先住所を記入してください。
 - ファクシミリがある場合はファクシミリ番号も記入してください。
 - 給付金支給のための委任状用紙(2/2)を必ず添付してください。

〔記入例〕

日揮健康保険組合 御中

(2/2)

組合記入 990- **組合記入**

任意継続被保険者給付金等受領口座届

委任状	振込先	金融機関番号 〇〇〇〇	店舗番号 ×××		当座・ 普通					
		横浜	銀行 信用金庫	日野	支店 出張所					
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	フリガナ	ニッキ
									2 年 4 月 1 日	揮太郎

* ゆうちょ銀行以外の口座を記入してください。

上記口座に振り込み願います。 氏名：**日揮太郎** 

任意継続加入者が医療機関の窓口で支払った自己負担金に対し、組合から高額療養費や付加給付金を支給するため、銀行振込口座を届出頂くものです。

確認事項

該当する項目を○で囲って下さい。

1. 自宅でインターネットが利用できますか？

- ① 利用できる ② 利用できない
③ 利用できるようにする予定

2. 設問1で①と回答された方に伺います。

(1) 自宅にプリンターはありますか？

- ① ある ② ない ③ 購入する予定

(2) メールアドレスはありますか？

E-mail : abcd-efghi@jklmn.co.jp