

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	係

◎申請者は、裏面の【確認事項】をすべて了承したものとみなします
 注)※の欄は記入しないでください。

①健康保険被保険者 記号・番号	記号	099	新記号番号	記号	100	⑥保険料の納付方法(☑をつけてください)
	番号	9999		番号	※	
②資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	令和 6 年 12 月 1					<input checked="" type="checkbox"/> 1. 月納(金融機関窓口で振込) <input type="checkbox"/> 2. 月納(自動振替) ※申し込み3ヵ月後から開始 <input type="checkbox"/> 3. 半年前納 ※加入翌月～9月又は翌年3月 <input type="checkbox"/> 4. 1年前納 ※加入翌月～翌年3月 ※前納(3、4)の場合、加入月の1ヵ月分は月納となります。
③資格喪失の際使用されていた 事業所 (会社名及び会社所在地)	名称	(株)*****			⑦被扶養者の 有無	
	所在地	富山市●●●5-5-5			備考	
④資格喪失の際の組合名称	TISインテックグループ健康保険組合					
⑤保険給付等の振込先 (還付金や保健事業への請求時の 振込先) ※この口座は保険料口座振替の 記入箇所ではありません	申請者の振込口座		※標準報酬月額	※保険料	※取得年月日	
	金融機関名: ○○ 銀行	支店名: ○○ 支店	_____ 千円	_____ 円	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	預金種目: <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号: 9999999	(_____ 千円) ()内は資格喪失時の標準報酬月額	基本保険料 /1000 _____ 円 特定保険料 /1000 _____ 円 調整保険料 /1000 _____ 円 介護保険料 /1000 _____ 円		

上記の通り申請します。なお、届出済みの個人番号(マイナンバー)については変更ありません。

令和 ** 年 ** 月 ** 日

ふりがな けんぼ たろう

申請者の 氏名 健保 太郎

生年月日 昭和 平成 ** 年 ** 月 ** 日 年齢 ** 歳

(退職後の連絡先) 〒 999 - 9999

住所(居所) 富山県富山市○○○○1-2-3 ○○○マンション ○○号室

住所(住民票) 同上 〒 _____

自宅 ☎ 99 (999) 9999

携帯 ☎ 999 (999) 9999

e-mail taro@kenpo.com

アルファベット、_ (アンダーバー) や - (ハイフン) は判別できるよう丁寧に記入してください。
(判読できず送信エラーが多発しています)

健保から連絡する場合があります。
必ず日中連絡のつく電話番号・メールアドレスをご記入ください!