

| | | | | | | |
|-----|------|-----|--|--|--|--|
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | | | | |
| | | | | | | |

神戸新聞健康保険組合理事長 様

健康保険任意継続被保険者 資格取得申請書

| | | | | | | |
|------------------|--------|--------------|----------|-------------|-----|------------|
| ①資格喪失前(退職前)の事業所名 | | | | | | |
| ②喪失前の記号番号 | | 記号 | | | 番号 | |
| ③申請者氏名 | (フリガナ) | ④生年月日 | | 昭和・平成 年 月 日 | | |
| | 印 | | | | | |
| ⑤住 所 | | 〒 - | | | | |
| ⑥電話番号 | | 自宅番号 () - | | 携帯番号 () - | | |
| ⑦金融機関名 | | 銀行・信用金庫・信託銀行 | | | 支 店 | |
| | | 種別 | 普通 ・他() | 口座番号 | | |
| ⑧緊急時の連絡先 | | 氏名 | | | 続柄 | |
| | | ※本人以外 | | 自宅番号 () - | | 携帯番号 () - |
| 上記のとおり申請します。 | | | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | | | |

【注意事項】

- ◇ ①～⑧までを記入して下さい。
- ◇ 氏名にはフリガナを必ず記入下さい。押印は一箇所です。
- ◇ 金融機関は、健康保険組合から還付金等があった場合に必要となります。保険料の自動引き落としはいたしません。出来るだけ三井住友銀行の口座をお願い致します。
- ◇ 現事業所資格喪失後(退職後)20日以内に申請書の提出がなければ任意継続の申請資格はありません。
- ◇ 任意継続の初回月保険料が、納付期日内に振り込まれなかった場合は、正当な理由がない限り最初から任意継続の申請が無かったものとして取り扱う事が法律上で規定されています。

※ 以下は保険者が記入する欄です。

| | | | |
|--------------|----------|--------------|----------|
| 資格取得年月日 | 平成 年 月 日 | 喪失予定年月日 | 平成 年 月 日 |
| 任意継続被保険者証番号 | 記号 | 5130 | 番号 |
| 資格喪失時の標準報酬月額 | 千円 | 資格取得時の標準報酬月額 | 千円 |

| | |
|----|-----|
| 該当 | 不該当 |
|----|-----|