

健康保険法第37条の規定により、この申請書は資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内に当健保組合に届かない場合は受付できません。

決	常務理事	事務長			担当
裁					

## 任意継続 被保険者資格取得申出書

オオゼキ健康保険組合理事長 殿

提出年月日	令和	年	月	日	※下記太枠内について、漏れなく記入して下さい。							
被 保 険 者 記 入 欄	※次の内容に同意の上、任意継続の資格取得申出をいたします。 1.保険料の納入期日までに入金確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとることに同意します。 2.再就職し、他の健康保険組合の被保険者になった時点で資格喪失手続きを速やかに行います。 3.届け出内容に変更が生じた場合は、速やかに健康保険組合へ届出を行います。 ※必ず <input type="checkbox"/> にチェックを入れて申出下さい。 この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 <input type="checkbox"/> ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。    ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。											
	在籍時の 保険証 記号-番号	-			被保険者氏名							
	退職 年月日	令和	年	月	日	メールアドレス					@	
	退職後の 住所	〒										
	連絡先	携帯			自宅							
	給付金等 振込先	被保険者名義の口座をご記入下さい。										
		フリガナ		銀行		フリガナ		支店		普・当		口座番号
	保険料 納入方法	1	毎月納付			2	半年分納付			3	1年分納付	
	被 扶 養 者 状 況	※ 任意継続資格取得時に、新規で扶養家族を追加する場合は、「被扶養者異動届」と「その他添付書類」が必要です										
		フリガナ		生年月日				性別	区分	就労状況	年収	
氏名		続柄	住所				(被保険者と同居の場合記入不要)					
		昭和 平成 令和	年	月	日	男女	同居 別居		万円			
		続柄	〒									
		昭和 平成 令和	年	月	日	男女	同居 別居		万円			
		続柄	〒									
		昭和 平成 令和	年	月	日	男女	同居 別居		万円			
		続柄	〒									

※ (任意) 被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記載した場合は記入不要です。)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認及び、本人確認をするための添付書類が必要です。

- ①個人番号記載の住民票の写しと運転免許証(写)またはパスポート(写)    ②個人番号カード(両面)の(写)    ①②のいずれか1点

喪失年月日 (任継取得日)	令和	年	月	日
記号	番号			
標準報酬月額	千円			

任意継続 被保険者証	記号	番号
喪失予定年月日	令和	年 月 日
決定額	千円	