

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	課長	主事	担当
------	-----	----	----	----

川崎重工業健康保険組合理事長 殿

下記のとおり申請します。

見
本

任意継続被保険者証		氏 名		生 年 月 日		性別	任意継続資格 取得年月日	資格喪失 時の月額	任意継続 の月額
記号	番号	(フリガナ)	(氏)	(名)	昭和 平成				
9	0	1							
資格喪失時の被保険者証		資格喪失 時に使用 されていた 事業所	所在地		資格喪失年月日(退職日の翌日)				
記号	番号		名称		平成 年 月 日				
住 所	(郵便番号)	(フリガナ)			電 話 番 号	(自宅)	-	-	
						(携帯)	-	-	
指定金融機関		銀行		支店		備考			
金融機関番号	支店番号	預金種別	口座番号						
		普通							

- [注意事項] ① この申請書は資格喪失日から20日以内に提出してください。20日を経過した場合、正当な事由があるとき以外は認められません。
- ② 被扶養者がいる場合は、『被扶養者(異動)届(増加)』と『申立書』を添付してください。
- ③ 指定金融機関は、組合から支給される給付金等の振込みに使用する口座です(保険料の口座振替はできません)。
ご本人名義の口座に限ります。ゆうちょ銀行は指定できません。なお、任意継続加入後の振込先口座の変更は、金融機関の閉鎖等やむをえない場合を除き、認められません。
- ④ は健保記入欄ですので、記入しないでください。

健 保 記 入 欄	資格取得年月日	平成 年 月 日	区 分 種 類	単 月		前 納		合 計	備 考
	資格喪失予定年月日	平成 年 月 日		月数	金 額	月数	金 額		
	受 付 年 月 日 <td>平成 年 月 日 <td>一般保険料</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	平成 年 月 日 <td>一般保険料</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	一般保険料						
	被 保 険 者 証 記 入 <td>平成 年 月 日 <td>調整保険料</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	平成 年 月 日 <td>調整保険料</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	調整保険料						
			介護保険料						
			合計保険料						

※本届の内容は、個人情報保護法およびプライバシーポリシーにもとづき厳重に管理いたします。