

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

提出期日	資格喪失後20日以内厳守
------	--------------

オカモト健康保険組合 殿

決裁年月日	決 裁

下記のとおりに申請いたします。尚、保険料の納付は必ず指定期日迄に指示された方法により指定銀行口座等に納付することを誓約いたします。

令和 年 月 日 申 請

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	勤 務 し て い た 事 業 所 の 名 称			こ れ ま で の 被 保 険 者 証 の	記 号		番 号	
	現 住 所 (くわしく)	(〒 ー)	都 道 府 県		電 話 ー ー	資格確認書 発行要否		
	フリガナ氏名			扶養家族 有・無	保 険 給 付 金 の 受 取 口 座 (あなた名義の金融機関口座)	(郵便局以外の) 銀行 信金 信組 農協 支店 普・総 No.		
勤 務 業 し て の い 証 た 明	う え の 者 の	資 格 取 得 年 月 日	平 成 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	令 和 年 月 日	標 準 報 酬 月 額	千 円	
	こ の 届 を 受 理 し た 日	令 和 年 月 日		所 属 コ ー ド		在 籍 時 の 社 員 番 号		
	う え の と お り 相 違 い を 証 明 し ま す 。 令 和 年 月 日							
	事業所担当	事業所 所在地 名 称		事業主 氏 名				

任 継 適 用 期 間	令 和 年 月 日 ～ 令 和 年 月 日 迄 2 年 間										受 付 印	
当 初 の 標 準 報 酬 月 額	1. 組 合 平 均 月 額		2. 申 請 者 最 終 月 額		千 円		任 継 記 号 ・ 番 号		29 ー			
保 険 料 月 額	一 般 及 び 調 整 保 険 料		円		年 令 区 分		40(65)到達予定日		年 月 日			
	介 護 保 険 料		円		40才未満 40才以上 65才以上		介 護 特 定 該 当 非 該 当		当 初 納 入 事 業 所 申 請 人			
	納 付 合 計 額		円				納 入 月 数		入 力 入 金			
										発行枚数		
										お知らせ 確認書		

(注 意)

① 資格喪失の日から二十日を過ぎた申請は天災地変を除き認められません。

② 被扶養者がいる方は、被扶養者異動届(増)も一緒に提出してください。

③ 保険料は、今迄事業所が負担していた分も含めて全額自己負担となります。

④ 尚、初回保険料が指定日迄に納付されましたら領収証と資格情報のお知らせ等を送付します。

⑤ 捺印や記入漏れのないよう見直しの上、提出してください。