（大阪産業機械工業健康保険組合）

常務理事	事務長	部長	係長	係

任意継続被保険者資格取得申請書

① 被保険者等記号番号	―	② 資格喪失年月日（退職日の翌日）	令和　年　月　日	③ 資格喪失時の標準報酬月額	千円
④ 資格喪失時の事業所名称		⑤ 納付方法 ※希望の納付方法を〇で囲んでください	ア．１年払い　イ．半年払い　ウ．毎月払い ※9月以降に取得される方は、イ．半年払いの選択はできませんのでご注意ください。 ※翌年度の納付方法については12月頃お知らせします		

注意事項

1．健康保険の被保険者期間が２カ月以上ある場合、任意で継続できます。（最長２年間）
2．被保険者資格を喪失した日から**２０日以内**に当組合へ申請書を提出することで加入することができます。
3．保険料は、納付期限までに最寄りの金融機関からお振り込みください。また、当組合への持参、現金書留による郵送でも納付できますが、この場合は納付期限までに当組合へ必着するようにしてください。
4．年度内の保険料は、事前に一括または半期ごとでまとめ払い（前納）ができますので、希望する納付方法を選んでください。なお、納付方法を選択されていない場合は、毎月納付の納付書を送付いたします。
5．引き続き扶養家族を認定する場合は、申請書と併せて被扶養者異動届を提出してください。
6．資格確認書の発行が必要な場合は「健康保険資格確認書交付申請書」を提出してください。

健保組合用記入欄	資格取得日	昭和 平成 令和　年　月　日	任意継続の記号・番号	２０ ―	任意継続標準報酬月額	千円
	資格喪失日 任継資格取得日	令和　年　月　日	介護保険(2号)	該当　不該当	保険料額	円

上記のとおり申請します。

受付日付印

申請者	住所	〒　―		
	氏名	（フリガナ）		
	電話番号	TEL　―　―　FAX　―　―		
	生年月日	昭和・平成　年　月　日生（　歳）	性別	男・女

※被保険者等記号番号が分からない場合は、備考欄にマイナンバーを記入してください

備考欄	