

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 被保険者証の記号番号	5000-999	② 資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和5年10月1日	③ 資格喪失時の標準報酬月額	300 千円
④ 資格喪失時の事業所名称	産業機械株式会社		⑤ 納付方法 ※希望の納付方法を○で囲んでください	ア. 1年払い    イ. 半年払い <b>ウ) 毎月払い</b> ※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

- 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)
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

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	〒530-0012 大阪府大阪市北区芝田99-99		
	氏名	(フリガナ) サンギョウ ケンイチ 産業 健一		
	電話番号	TEL 06-6372-5589 FAX 06-6372-5589		
	生年月日	昭和	平成56年10月20日生 (41歳)	性別

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

--