

常務理事	事務長	係員

音羽健康保険組合理事長 殿

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

フリガナ 申請者・氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格喪失時 の 保険証番号	—
資格喪失の年月日	令和 年 月 日	資格喪失時に所属していた事業所						
個人番号								(注)個人番号が記入されていない申請書は受理できません。
被扶養者の有無	有・無	(注)「被扶養者が有」の場合は、「被扶養者異動届」と「必要書類」も同時に提出してください。						
申請者の住所	〒							
申請者の電話	自宅電話	-	-	携帯電話	-	-		
保険料引落とし及び補助金等の振込み銀行口座	銀行		支店	(口(口座番号) 普通				
* 「銀行口座」は、「申請者名義」のものに限ります。					納付方法: 月払・半期前納・1年前納			
* 「月払」「半期前納」は初回ないし2回目の保険料は健保の指定口座までお振込みいただき、それ以降は口座振替となります。								
* 「1年前納」は、都度、健保の指定口座までお振込となります。								

上記のとおり申請します。 令和 年 月 日

(健保組合記入欄)

新記号・番号	99 -	資格取得年月日	令和 年 月 日
健保発行物	資格確認書	喪失予定年月日	令和 年 月 日
	資格情報のお知らせ	決定標準報酬月額	千円
		資格喪失時の標準報酬月額	千円