

常務理事
事務長
課長
係長
担当

① 任意継続被保険者証の記号及び番号	※ 記号 99 番号		③ 資格喪失の年月日		令和 5 年 4 月 1 日	④ 被扶養者の有無	有・無
② 健康保険被保険者証の記号及び番号	記号 100	番号 100	〇〇労災病院				
⑤ 資格喪失の際に勤務していた事業所名	〇〇労災病院						
⑥ 資格喪失の際の標準報酬月額	410	千円	⑦ 保険料額	43,132	円	⑧ 保険料の納付方法	① 月納 2. 前納 (前期のみ・半期ごと・通年)
⑨ 備考							

①は記入しないでください。

「有」の場合は、被扶養者(異動)届」と扶養認定に必要な書類を提出してください。

(注意)

- ※印の欄は記入しないでください。
- 被扶養者が有に○をされた方は、被扶養者(異動)届に必要な書類を添付して提出してください。
なお、被保険者本人の収入が分かるもの(任意継続加入日以降の給与見込証明書)等も併せて提出ください。
- 申請書は退職後20日以内に当健康保険組合に届かなければなりません。
(例:③の資格喪失日が4月1日の場合、4月20日必着です。ただし、土日祝日の場合は、直前の平日です。)

住民票住所は必ず記入してください。
なお、住民票住所と居所住所が異なる場合は、居所住所も記入してください。

保険給付金等振込口座指定届

この届書きは貴殿に健康保険法及び組合同規約に基づく保険給付金等を送金(振込)する場合に必要となりますので、貴殿が取引されている金融機関名及び預金口座番号を必ず記入してください。

フリガナ	カサキ	モスミヨシ
金融機関名	川崎 銀行・農協 信金・信組 労金・ゆうちょ (金融機関番号 100)	元住吉 支(本)店 100
本人名義口座	① 普通 2 当座 3 ゆうちょ (口座番号 1234567)	
名義名 (カナ文字で記入)	ケンコウ タロウ	

(保険料引落しのための口座ではありません)

上記のとおり申請します。

令和 5 年 4 月 1 日

住民票住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇
居所住所 (異なる場合のみ)	〒 □□□ - △△△△ □□府△△市〇-〇-〇
電話	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
氏名	健康 太郎 (男)
生年月日	(昭和)平成 42 年 4 月 1 日生

※住民票住所と居所住所が異なる場合は、保険証を居所住所に送付します。