

申請書提出先および問い合わせ先
 〒144-0051
 東京都大田区西蒲田7-8-3
 日研グループ健康保険組合
 TEL:03-5480-7025

常務理事	事務長	課長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

記号	番号	○の箇所を記入してください					
氏名	印を忘れずに				生年月日		
住所					昭和・平成 年 月 日		
勤務事業所名称					電話番号	令和 年 月 日	
資格喪失日 (退職日の翌日)					令和 年 月 日		
継続する被扶養者	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	続柄	職業	健保使用欄	
	継続する被扶養者がいる場合には記入してください 年収見込額は給与収入・各種年金等、 今後継続的に見込まれる額を記入してください。					健保番号	
						期間	
						標準報酬月額	
						→	
						初回入金期限	
初回入金日							
令和 年 月 日	円					/ /	

- * この申請書は2ヶ月以上被保険者であった方が資格喪失後引き続いて被保険者になるためのもので、保険料は全額本人負担となります。
- * 保険料は退職時の標準報酬月額か当健保組合の平均標準報酬月額のどちらか低い方の額に保険料率をかけて算定されます。
- * この申請書は、退職後20日以内に健保組合に提出してください。**(健保必着)**
- * 健保の指定する日までに初回の保険料が納付されなかった場合は、退職した日に遡って被保険者の資格を取り消します。

[重要] **よく読んで、日付・署名捺印をお願いします**
 任意継続被保険者の保険料納付については、健康保険法で厳しく規定されており、
 保険料が納付期限までに入金されない場合は資格が喪失となりますので、必ず
 納付書の納付期限をご確認ください。(初回は健保指定日、2回目以降は各月10日)

上記に関し、納付期限までに保険料を入金しなかった場合は、夫となることを了承します。

令和 年 月 日 署名・捺印 **印を忘れずに**

受付印