

受付印

決 裁		
常務理事	事務長	担当者
資格喪失時の 標準報酬月額		千円

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

阪和興業健康保険組合理事長 殿

下記のとおり申請します。

保険者証の 記号番号	—	被保険者の氏名	印		
生年月日	年 月 日	電話番号		性別	
住 所	〒 —				
メールアドレス		資格喪失の年月日 (退職日の翌日)		年 月 日	
勤務していた 事業所		事業所 住所			
納付方法 ※希望の納付 方法にチェック を入れてくださ い	<input type="checkbox"/> 月 納 : 毎月1～10日(10日が休日の場合は翌営業日)に当月分保険料を納付 <input type="checkbox"/> 半期前納 : 4月又は加入月～9月、10月又は加入月～翌年3月の半期分ずつ保険料を納付 <input type="checkbox"/> 前 納 : 4月又は加入月～翌年3月の1年分の保険料を納付 月納は決まった期間内に納付されませんと過誤納扱いとなり健保よりご連絡する場合があります。 任意加入された月の保険料は全ての方が月納となります。				
給付金等 振込先	()銀行 ()支店 普通 番号() ※ゆうちょ銀行をご指定の場合は必ず他金融機関から受け取る支店と番号を記載してください。				
備 考					

記入上の注意

資格喪失日から20日を経過した後に申請書を提出する場合には、遅滞した事由を備考欄に記入すること。