

# 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

|      |     |     |     |
|------|-----|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 担当者 |
|      |     |     |     |

川崎汽船健康保険組合 理事長殿

下記のとおり申請します。

|           |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |          |  |       |                     |               |  |          |  |        |  |        |  |        |  |     |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|---------------|--|--|--|----------|--|-------|---------------------|---------------|--|----------|--|--------|--|--------|--|--------|--|-----|--|
| 任意継続被保険者証 |  |  |  | 資格喪失の際の被保険者証                             |  |  |  | 健康保険の         |  |  |  | 健康保険の         |  |  |  | 資格喪失の際に  |  |       |                     | 所在地           |  |          |  |        |  |        |  |        |  |     |  |
| 記号        |  |  |  | 番号                                       |  |  |  | 資格取得年月日       |  |  |  | 資格喪失年月日       |  |  |  | 使用されていた  |  |       |                     | ○○県○○市○○○-○   |  |          |  |        |  |        |  |        |  |     |  |
| 9 0 1     |  |  |  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9                        |  |  |  | 0 0 0 0 0 0 0 |  |  |  | 0 0 0 0 0 0 0 |  |  |  | (勤務していた) |  |       |                     | 名称            |  |          |  |        |  |        |  |        |  |     |  |
|           |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  | ○○○○○    |  |       |                     | 事業所           |  |          |  |        |  |        |  |        |  |     |  |
| 氏名 (フリガナ) |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  | 性別       |  | 元号および |                     | 7 0 0 0 0 0 0 |  | 任意継続被保険者 |  | 健保喪失月額 |  | 任継取得月額 |  | 扶養者の人数 |  | 所 属 |  |
| 健保 太郎     |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  | 1        |  | 生年月日  |                     |               |  | 資格取得年月日  |  |        |  |        |  |        |  | コード |  |
|           |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  | 電話番号     |  |       |                     |               |  |          |  |        |  |        |  |        |  |     |  |
|           |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  | 市外局番     |  |       | 市内局番                |               |  | 加入者番号    |  |        |  |        |  |        |  |     |  |
| ケンポ タロウ   |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  | 0 0 0    |  |       | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 |               |  |          |  |        |  |        |  |        |  |     |  |
| 住所        |  |  |  | 現住所 (フリガナは、市区町村の間を1桁あげ、濁点・半濁点は2桁使用)      |  |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |          |  |       |                     |               |  |          |  |        |  |        |  |        |  |     |  |
|           |  |  |  | ○○県○○市△△△9-9                             |  |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |          |  |       |                     |               |  |          |  |        |  |        |  |        |  |     |  |
| 郵便番号      |  |  |  | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 ケン ○ ○ シ △ △ △ 9 - 9 |  |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |          |  |       |                     |               |  |          |  |        |  |        |  |        |  |     |  |

- 注 意
- 任意継続資格取得申請は 必要書類を添付して 資格喪失の日より20日以内に行って下さい。 正当な事由がある場合を除き 遅延は認められません。
  - 申請書には かならず「住民票謄本」と「給付金振込申請書」を添付して下さい。
  - 被扶養者があるときは、その住民票と「被扶養者届」、および 被扶養者に関する証明などが必要になります。
  - 年月日は すべて和暦で記入して下さい。 生年月日の元号は、大正を3・昭和を5・平成を7 と記入して下さい。
  - 性別は、男を1・女を2 と記入して下さい。
  - 上記太枠内を もれなく記入して下さい。 網かけのある欄は 健康保険組合の記入欄です。

.....  
受 付 印

kenpo 2001.12

|          |           |    |   |        |         |       |   |       |                |         |   |   |   |     |     |   |
|----------|-----------|----|---|--------|---------|-------|---|-------|----------------|---------|---|---|---|-----|-----|---|
| 健康組合記入欄  | 任意継続被保険者  |    |   | 月払い保険料 | ×       | 納入月数  | = | 基本保険料 | 【前納割引額 (割引月数)】 | 初回納入額合計 |   |   |   |     |     |   |
|          | 資格取得年月日   | 平成 | 年 | 月      | 日       | 一般保険料 |   | 円     | ×              | 月       | = | 円 | 【 | (   | 月)】 | 円 |
|          | 資格喪失予定年月日 | 平成 | 年 | 月      | 日       | 調整保険料 |   | 円     | ×              | 月       | = | 円 | 【 | (   | 月)】 | 円 |
|          | 申請書受付年月日  | 平成 | 年 | 月      | 日       | 合計保険料 |   | 円     | ×              | 月       | = | 円 | 【 | (   | 月)】 | 円 |
|          | 被保険者証作成日  | 平成 | 年 | 月      | 日       | 介護保険料 |   | 円     | ×              | 月       | = | 円 | 【 | (   | 月)】 | 円 |
| 保険料納付年月日 | 平成        | 年  | 月 | 日      | 納入保険料合計 |       | 円 | ×     | 月              | =       | 円 | 【 | ( | 月)】 | 円   |   |