

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	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 (勤務していた) 事業所		名称		
9	0	1										
氏名 (フリガナ)				性別	生年月日		任意継続被保険者 資格取得年月日		健保喪 失月額	任継取 得月額	扶養者 の人数	所 属 コード
				電 話 番 号								
				市外局番		市内局番	加入者番号					
住 所		現住所 (フリガナは、市区町村の間を1桁あけ、濁点・半濁点は2桁使用)										
郵便番号												

- 注 意
1. 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 日以内に行ってください。 正当な事由がある場合を除き 遅延は認められません。
 2. 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。
 3. 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。
 3. 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、昭和を5・平成を7・令和を9 と記入して下さい。
 4. 性別は、男を1・女を2 と記入して下さい。
 5. 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 2019.05

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	令和	年	月	日	一般保険料	円 × 月 =	円【	(月)】	円
	資格喪失予定年月日	令和	年	月	日	調整保険料	円 × 月 =	円【	(月)】	円
	申請書受付年月日	令和	年	月	日	合計保険料	円 × 月 =	円【	(月)】	円
	被保険者証作成日	令和	年	月	日	介護保険料	円 × 月 =	円【	(月)】	円
	保険料納付年月日	令和	年	月	日	納入保険料合計	円 × 月 =	円【	(月)】	円