

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

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。

常務理事	部長	担当者	担当者

任意継続被保険者証 記号 番号		資格喪失の際の被保険者証 記号 番号		健康保険の 資格取得年月日		健康保険の 資格喪失年月日		資格喪失の際に 使用されていた (勤務していた) 事業所		所在地 名称	
9 0 1								任意継続被保険者 資格取得年月日		健康喪失 年月日	
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		健康喪失 年月日	
				ⓐ				任意継続被保険者 資格取得年月日		健康喪失 年月日	
						電話番号		任意継続被保険者 資格取得年月日		健康喪失 年月日	
						市外局番		任意継続被保険者 資格取得年月日		健康喪失 年月日	
						市内局番		任意継続被保険者 資格取得年月日		健康喪失 年月日	
						加入者番号		任意継続被保険者 資格取得年月日		健康喪失 年月日	
住所				電話番号		加入者番号		任意継続被保険者 資格取得年月日		健康喪失 年月日	
郵便番号								任意継続被保険者 資格取得年月日		健康喪失 年月日	

① 現住所 (フリガナは、市区町村の順を1桁あけ、濁点・半濁点は2桁使用)

- 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。
 - 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、昭和を 5 ・平成を 7 ・令和を 9 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 201905

任意継続被保険者	資格取得年月日	令和	年	月	日	一般保険料	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
資格喪失予定年月日	令和	年	月	日	調整保険料	円 ×	月 =	円 ×	円 [(月)]	円
申請書受付年月日	令和	年	月	日	合計保険料	円 ×	月 =	円 ×	円 [(月)]	円
被保険者証作成日	令和	年	月	日	介護保険料	円 ×	月 =	円 ×	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 ×	円 [(月)]	円

健康組合記入欄