

注)任意継続加入時の保険料は  
退職日翌日～20日以内に納付(振込)してください。  
(退職前の納付(振込)は返金させていただく場合があります)

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

## 健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

|   |                  |   |                    |           |   |    |
|---|------------------|---|--------------------|-----------|---|----|
| ① 健康保険<br>被保険者証                           | 記号               | 番号  | 任継                 |           |   |    |
| ② 資格喪失の年月日<br>(退職日の翌日)                    |                  | 令和 年 月 日  | ③ 資格喪失時の<br>標準報酬月額 | 千円        |   |    |
| ④ 資格喪失前の勤務先<br>(事業所名)                     |                  | 名 称   |                    |           |   |    |
| ⑤ 資格喪失の際の組合の名称                            |                  | 大同特殊鋼健康保険組合   |                    |           |   |    |
| ⑥ 保険料の納付方法<br>(保険料は資格喪失月から徴収)             |                  | ※希望される納付方法に○を付けてください。<br>1. 月払い(1ヶ月ごと)    2. 9月分まで前納    3. 3月分まで前納<br>月払いを選択の方は、毎月保険証の差替が必要となります。 |                    |           |   |    |
| ⑦<br>給<br>付<br>金<br>お<br>受<br>取<br>口<br>座 | 金融機関名            |   |                    | ⑧ 被扶養者の有無 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 |    |
|   | 支店名              |   |                    | 被扶養者氏名    | 続柄  | 年齢 |
|   | ゆうちょ銀行<br>の場合    | 店名  | 店番                 |           |   |    |
|   | 口座番号             | 普通<br>当座  |                    |           |   |    |
|   | 口座名義人名<br>(カタカナ) |   |                    |           |   |    |
| ⑨ 大同健保加入事業所にて継続就労の有無                      |                  | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無   |                    |           |   |    |
| 上記の通り、申請します。                              |                  | 令和 年 月 日  |                    |           |   |    |
| 大同特殊鋼健康保険組合                               |                  | 理事長 殿   |                    |           |   |    |
|   |                  | 住所 〒  |                    |           |   |    |
|   |                  | 日中連絡のとれる<br>電話番号 — —  |                    |           |   |    |
|   |                  | 申請者氏名 (印)   |                    |           |   |    |
|   |                  | 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日   |                    |           |   |    |
| ⑩ 備考欄                                     |                  |   |                    |           |   |    |

※任意継続の要件 (1) 資格喪失日から「20日以内」に申請すること。

(2) 資格喪失日の前日までに「継続して2ヶ月以上の被保険者期間」があること。

受付日付印