

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 健康保険被保険者証	記号	xxx	番号	xxxxx	任継		
② 資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	令和	△年	□月	○日	③資格喪失時の 標準報酬月額	xxx千円	
④資格喪失前の勤務先 (事業所名)	名称	000000株式会社					
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 (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。 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 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 給 付 金 お 受 取 口 座	金融機関名	000000労働金庫			⑧被扶養者の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
	支店名	000支店			被扶養者氏名	続柄	年齢
	ゆうちょ銀行 の場合	店名	店番				
	口座番号	普通 当座	1234567				
	口座名義人名 (かた)	ケンポ タロウ					
⑨ 大同健保加入事業所にて継続就労の有無	<input checked="" 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 〒xxx-xxxx						xxx県xxxxxxx xx号室	
日中連絡のとれる 電話番号						000 - 0000 - 0000	
申請者氏名						健保 太郎 (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