

発議	常務理事		係
平成 年 月 日			

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険被保険者証の 記号・番号 (資格喪失時点)		記号 番号 20 — 旧 00 — 0000
資格喪失の年月日 [退職の翌日]		平成 00 年 00 月 00 日
資格喪失の際の標準報酬月額		千 円
資格喪失 の際の 事業所名	名称	(株) 0000000
	所在地	群馬県桐生市00町00丁目 0000-00 番地
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)		
備考		

被扶養者

有 : 無

※ 被扶養者がいる場合には、別紙の届出が必要です。

保険料納付方法

横浜銀行振込

他の銀行より振込

現金書留送付

※ 希望する項目へ○をつけて下さい。

上記のとおり申請いたします。

平成 00 年 00 月 00 日

〒 : 000 — 0000

住 所 : 群馬県 桐生00町 00 丁目 123-3

連絡先 ☎ : ()

(携帯☎ 000 - 0000 - 0000)

申請者

ツガナ ケンポ タロウ

氏 名 健保 太郎 印

生年月日 : 昭・平 00 年 00 月 00 日 : (満 00 歳)

預金通帳 (普通)	銀行名	支店名	口座番号
	横浜銀行	桐生	12345678
他 ()	銀行コード / 138	支店コード / 943	* 給付金・誤入金等で 使用

ミツバ健康保険組合

任意継続保険料の納付に関する確認書

- 1) 当組合が発行する納付書に基づき、毎月1日～10日までの間に納付いたします。(前納者は除く)
(ただし、初回の支払い及び10日が土・日・祝日の場合は、当組合が指定した日とする。)
- 2) 10日又は指定した日までに納付がない場合は、同日の翌日に資格を喪失します。
ただし、保険料納付の遅延につき特別な事情がある場合は、10日又は指定した日までに、
当組合担当者あてに事前連絡をすること。
(初回支払いの納付がない場合は、当初から資格がなかったものとみなされます。)
- 3) この制度は任意加入なので、当組合からの保険料の納入催促は不要となっています。
- 4) 資格喪失した場合は、すみやかに被保険者証(カード)を当組合へ返納します。
- 5) 継続加入の可否等については、異議の申し立てはいたしません。

以上の項目を遵守いたします。

平成 00 年 00 月 00 日.

群馬県 桐生00町 00 丁目 123-3

健保 太郎

印

☎ 1234 (23) 1234

(携帯☎ 000 - 0000 - 0000)