

発議	常務理事	事務長	係
令和 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	—
資格喪失の年月日 [退職の翌日]	旧	—
資格喪失の際の標準報酬月額	令和 年 月 日	千 円
資格喪失 の際の 事業所名	名称	
	所在地	

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。

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

〒 : _____

住 所 : _____

連絡先 ☎ : _____ ()
(携帯 ☎ - -)

申請者

ツガナ

氏 名 _____ (印)

生年月日 : 昭・平・令和 年 月 日 : (満 歳)

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。
(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。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

⑩

連絡先 ☎ ()

(携帯☎ - -)