

# 健康保険

## 任意継続被保険者 資格取得 申出書

デンカ健康保険組合		
常務理事	事務長	担当
※事務処理欄		

下記の通り届け出致します。

令和 ●●年 ●●月 ●●日

保険証記号・番号	1・●●●●●●	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者名	健保 太郎	
勤務していた事業所	○○○株式会社		被保険者生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	●●年 ●●月 ●●日	
資格喪失年月日(退職日の翌日)	令和 ●●年 ●●月 ●●日					
保険料納付方法(○を付して下さい)	○12ヶ月前納 ・ 6ヶ月前納 ・ 毎月納付					
任意継続資格取得後の連絡先(住民票に記載の住所)	〒●●●● - ●●●●		○○県 ○○市 ○○●●-●●-●●		電話番号 ●●●●-●●●●-●●●●	
給付金の振込先	フリガナ	○○○	銀行・信金・農協 信組・労金			フリガナ ○○○
	普通	<input type="checkbox"/> 座番号(右詰め)	●●●●●●●●	<input type="checkbox"/> 座名義(カタカナ) ○○○○ ○○○○		
(フリガナ)被扶養者名	生年月日	性別	居住 ※1	続柄	住所(住民票に記載の住所)	
ケンポ ハナコ 健保 花子	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	男・女 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 同居・非同居	妻	〒●●●● - ●●●● ○○県 ○○市○○●●-●●-●●	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	男・女	同居・非同居		〒 -	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	男・女	同居・非同居		〒 -	

※1 同居・非同居の区別は、被保険者との実際の住居状況に応じてチェックを付して下さい。

別紙「任意継続被保険者制度」に基づき、事業所から説明を受けた事項について口全てにチェックマークを付して下さい。

任意継続被保険者の資格喪失について健康保険法第38条に基づき次の事由により資格喪失となることを理解しました。

- 保険料を納付期限までに納めなかったとき。
- 就職により他の健康保険制度に加入したとき。
- 被保険者の方が長寿医療制度に加入したとき。
- 被保険者の方が亡くなられたとき。
- 被保険者となってから起算して2年間が経過したとき。
- 被保険者から申し出があり届出が受理されたとき。

\*喪失日はこの申出が受理された日の属する月の翌月1日となります。

ご記入の程宜しくお願い致します。