

受付	令和	年	月	日
----	----	---	---	---

決定	令和	年	月	日
----	----	---	---	---

決		裁
常務理事	事務長	担当(係)

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

保険者証の記号番号			被保険者の氏名・性別・生年月日										
記号		番号		氏名		性別	男 女	生年月日	S・H・R	年	月	日	
資格喪失の年月日		令和			年	月	日	資格喪失の際の標準報酬月額		千円			
保険料の納付方法		次3月分までを前納 次9月分までを前納 各月10日までに振込											
資格喪失の際使用されていた事業所		名称											
		所在地											
被扶養者名		性別	生			年	月	日	続柄	職業	年収見込	同・別	備考
		男・女	S・H・R			年	月	日				同・別	
		男・女	S・H・R			年	月	日				同・別	
		男・女	S・H・R			年	月	日				同・別	
		男・女	S・H・R			年	月	日				同・別	
		男・女	S・H・R			年	月	日				同・別	
払渡銀行		銀行			支店			口座番号 普一			名義人		
備考													

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

三井精機工業健康保険組合理事長殿

申請者 干

住所 _____
氏名 _____
電話番号 _____
携帯番号 _____
FAX _____

- ①初回保険料は必ず**現金**でのお支払い、2ヶ月目以降は振込みも可能です。
- ②資格喪失日から20日以上経過後に申請する場合は遅滞した事由を備考欄に記入のこと。
- ③18歳以上の被扶養者は、学生は**在学証明書**または**学生証**（コピー可）、配偶者は所得証明書（非課税証明書）を添付のこと。
- ④被扶養者は、原則として配偶者と24歳未満の子に限定されます。ほとんどの場合、退職時点で収入が減少し生計維持条件を満たさなくなるためです。
- ⑤保険給付費支払その他に必要な場合があるので、銀行口座も記入のこと。