

任意継続被保険者資格取得申出書

Application for voluntary continuation

| | | |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| | | |

注意!! Attention

提出 Submitted 2021 年 year 4 月 Month 15 日 Day

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---|--------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------|----|----------|
| 資格喪失時の記号・番号 Code and number as of coverage termination date | 記号 Code | 1 | 番号 Number | 123456 | 記号・番号が不明のとき記載省略可 If the code / number is unknown, the description can be omitted. | | | | | | | |
| 資格喪失の年月日(退職日の翌日) Coverage termination date (day after final day of employment) | 元号(Era) 令和 (Reiwa) | 3 | 年 year | 3 | 月 Month | 31 | 日 Day | 申出期限: 資格喪失日から20日以内 健保必着 Application deadline: Must arrive at insurance office within 20 days of termination of coverage | | | | |
| 氏名 Name | 健保 一郎 | | | 押印省略 Omitted name stamp | 生年月日 Date of Birth | 元号(Era) 昭和 (Showa) | 40 | 年 year | 12 | 月 Month | 15 | 日 Day |
| 申出者の住所 Address of applicant | 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町999-99 △△マンション999号室 | | | | | | | | | | | |
| メールアドレス e-mail address | 電話 Phone: 99 - 9999 - 9999 kenpoichiro @ x x x . x x . jp | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|--|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------|--|--|--|--|--|
| 給付金等振込指定口座 ※被保険者本人名義に限る Designated account for receiving benefits payouts, etc. * Account must be in the name of the insured person | | | | | | | | | | | |
| 三菱UFJ | 銀行 | xx | | <input type="checkbox"/> 本店 Central Branch | <input checked="" type="checkbox"/> 普通 Ordinary deposit | | | | | | |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 支店 Branch | <input type="checkbox"/> 当座 Current account | | | | | | |
| 口座番号 Account number | 1234567 | | | 口座名義 Account holder's name | カナ katakana 氏名 Name | ケンポ イチロウ 健保 一郎 | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険料納入方法 ※希望するものにチェック Payment schedule for insurance premiums * Please check the desired method | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 毎月 Monthly <input type="checkbox"/> 半年分前納 Advance payments for six month <input type="checkbox"/> 1年分前納 Advance payments for one year periods | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 保険料の納入期日までに入金の確認が取れない場合、資格喪失となることに同意します。 I agree that my insurance coverage will lapse if payment of my insurance premiums is not confirmed by the due date | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---------|--------------------------|----|-----------|-----------|-------------|--------------------------------------------------------------------|----------|---|---|--|
| 被扶養者 Dependents | 氏名 Name | 生年月日 Date of birth | | | 性別 Gender | 続柄 Relation | 住所(被保険者と同じ場合は記入不要) Address (No need to fill in if same as insured) | | | | |
| | 健保 花子 | 元号(Era) 昭和 (Showa) | 45 | 年 Year | 4 | 月 Month | 15 | 日 Day | 女 | 妻 | |
| | | 元号(Era) | | 年 Year | | 月 Month | | 日 Day | | | |
| | | 元号(Era) | | 年 Year | | 月 Month | | 日 Day | | | |

(引き続き被扶養者の申出をする場合は被扶養者認定に必要な「添付書類」は不要です。)

(If you wish to continue to be dependents, you do not need the "attached documents" required for dependent approval.)

| | | | |
|-------|-----------------|-------|-------|
| 健保記入欄 | 任意継続被保険者証 記号・番号 | 記号 | 番号 |
| | 資格喪失時標準報酬月額 | 千円 | |
| | 喪失予定年月日 | 年 月 日 | |
| | 納付書 | 保険料入金 | 保険証送付 |

受付日付印