

常務理事	事務長	係

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

旧被保険者証の記号と番号	—	新被保険者証の記号と番号	1999	(健保記入欄)
資格喪失年月日	令和	年	月	日
			資格喪失の際の標準報酬月額	千円
資格喪失の際使用されていた事業所	名称			
	所在地			
資格喪失の際の組合の名称	三井化学健康保険組合			
備考				

※ 健康保険料の納付方法を下記より選択し、該当する数字に○をしてください。(1. については①②についても選択してください。)

保険料の納付方法 (介護保険料含む)	1. 毎月10日までに 1月ごと納付。	2. 納付期限までに 一括納付。	3. 前期(4-9月)・後期(10-3月)の 2回に分けて納付。
	① ゆうちょ口座引落とし ② 銀行振込み(本人振込)		

※①ゆうちょ口座引落としは、別途自動払込利用申込書のご提出が必要です。

※②銀行口座からは引落としはできません。毎月のお振込みになります。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者 郵便番号 -

フリガナ
住所

都道 府県

フリガナ
氏名

印

生年月日 昭・平 年 月 日

電話番号 ()

振込先 (健康保険組合からの給付金のお振込口座です。保険料の引落としはできません。)

銀行	(フリガナ)	銀行	支店
預金種目	普通		
口座番号			

◎ 住所は都道府県より記入してください。

◎ 加入後、資格を喪失する予定又は住所・電話番号・指定銀行口座他の変更が生じた時は、早目に健康保険組合へご連絡をお願い致します。