

健康保険任意継続

被保険者資格取得申請書

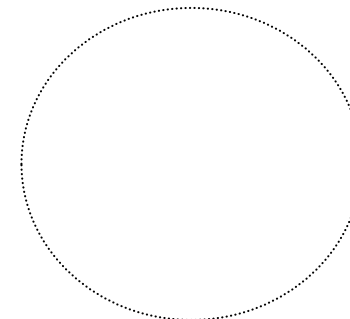
| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----|----|---|---|---|---|---|----|---|---|---|
| ※ | 送 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 番 | 号 | 第 | 号 | | | |
| | 決 | 裁 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 起 | 案 | 平成 | 年 | 月 | 日 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------|---|---|---|----------------|---|-------|-------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|--|
| ※ | 資格取得 | 年 | 月 | 日 | 資格喪失 (任継取得) | 年 | 月 | 日 | 期 | 間 | 満 | 了 | 年 | 月 | 日 | 生 | 年 | 月 | 日 | S・H | 年 | 月 | 日 | |
| | 標準報酬月額 | 喪 | 失 | 時 | 決 | 定 | 健康保険料 | 調整保険料 | 介護保険料 | 計 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 千 | 円 | | 千 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|----------|------------------------|---|-----|--------------|------------------------|-------------|---|-------------------|---|---|---|----|--|--|--|---|--|--|--|
| 健康保険任意継続 被保険者記号 | ※ 整理番号 | 生 | 年 | 月 | 日 | ※ 資格取得年月日 | ※ 資格喪失予定年月日 | ※ 標準報酬月額 | | | | | | | | | | | | | |
| 任継 100 | | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 千円 | | | | | | | |
| 申請者の住所 | 〒 ー TEL () ー | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者の氏名 | フリガナ | 印 | | | 男・女 | 備考 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 最後に被保険者として 使用されていた事業所 | 名称 | 所在地 | | | | | 最後に被保険者の資格を 喪失した年月日 | | | 岐阜県プラスチック事業健康保険組合 | | | | | | | | | | | |
| 保険料納付方法 (番号を○で囲む) | 健康保険被保険者証の 記号 | 番号 | 最後に被保険者の資格を 喪失した年月日 | | | 平成 | | | | 年 | | | | 月 | | | | 日 | | | |
| | 1. 単月納付 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2. 半期前納 (4月分～9月分及び10月分～翌年3月分) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3. 1ヶ年前納 (4月分～翌年3月分) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

岐阜県プラスチック事業健康保険組合

受付日付印



| | |
|--|--|
| 被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です) | |
|--|--|

<注>
この申請書は資格喪失の日から20日以内に必ず提出して下さい。
※欄は記入しないで下さい。