

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

一般・介護保険料の納入方法(介護保険料は40歳～64歳までの方のみ)

★ 保険料の納付方法は、下記の口にチェックしてください。

- 月払い(毎月1日～10日※10日が土日祝の場合翌平日払)
- 半期前納払い(半期分/年間2回払い)
- 全期前納払い(前期分/一括払い)

★ 納付期限厳守(自動引き落としではありませんのでご注意ください)

退職時の被保険者証の記号番号		1000 —		※ 健 保 記 入 欄	常務理事				適用担当					
資格喪失年月日(退職日の翌日)					年	月	日	記号番号		9000 —				
資格喪失の際の健康保険組合の名称					ネスレ健康保険組合		資格取得年月日		令和		年		月 日	
資格喪失の際の業務所					所在地		資格喪失予定年月日		令和		年		月 日	
あなたの銀行口座					銀行・農協 信金・信組		標準報酬月額		千円		処理年月日		. .	
(ふりがな)							退職時の標準報酬月額		千円					
資格喪失の際の業務所				名称		従業員番号		退職時の所属						
						生年月日		昭和・平成・令和		年		月 日生		
						退職日の翌日の年齢		才		ヶ月		性別 男・女		
						被扶養者の有・無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		人数 ()				
						種目		口座番号(右づめ)		金融機関番号		店番		
						1. 普通 2. 当座								

- 注意**
- ① 資格喪失日より20日以内に提出してください。(20日を経過すれば正当な理由がある時以外は認められません。)
 - ② 被扶養者があるときは被扶養者(異動)届を提出してください。
 - ③ ※健保記入欄は記入せず、太枠内の記入をしてください。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 —
 住所 :
 氏名 :
 自宅電話 : — —
 携帯電話 : — —
 メールアドレス :