

## 任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険法第37条の規定により、資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内に申請書を提出し、納入期日迄に保険料を納付してください。

決裁	常務理事	事務長		係
----	------	-----	--	---

※下記太枠内について、漏れなく記入してください。

提出日 令和 元 年 6 月 3 日

被 保 険 者 記 入 欄	次の内容に同意の上、任意継続の資格取得申請をいたします。											
	1. 保険料の納入期日迄に入金確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとることに同意します。											
	2. 再就職し、他の健康保険組合の被保険者になった時点で資格喪失手続きを速やかに行います。											
	3. 届け出内容に変更が生じたら、速やかに健康保険組合へ届出を行います。											
	フリガナ 氏名					ケンポ ケンジ 健保 健二						
	在籍時の 社員番号	12345			退職 年月日	令和 元 年 5 月 31 日						
	退職後の 住所	〒123-4567 東京都大田区大森東●丁目〇〇-■				自宅TEL	03 ( 1111 ) 2222					
	メールアドレス	12345kenken@docomo.ne.jp				携帯TEL	090 ( 3333 ) 4444					
	給付金等 振込指定先	フリガナ	ケンコウ カマタ			健康	銀行	蒲田	支店	普・当	口座 番号	98706540
	保険料 納入方法	1	毎月納付			2	半年分納付			3	1年分納付	
被 扶 養 者 氏 名	フリガナ 氏名	生年月日			性別	続柄	住所 (被保険者と同居の場合記入不要)					
	ケンポ ハナコ 健保 花子	昭和 平成 令和	●年 ●月 ●日	男 ● 女	妻	-						
	ケンポ ナナコ 健保 奈々子	昭和 平成 令和	●年 ●月 ●日	男 ● 女	長女	-						
		昭和 平成 令和	年月 日	男 ・ 女								
		昭和 平成 令和	年月 日	男 ・ 女								

※任意継続について不明な点がございましたら、下記電話番号またはメールアドレスにご連絡ください。

【ディスコ健康保険組合】電話；03-4590-1160

mail；discokenpo@disco.co.jp

喪失年月日 (任継取得日)	令和	年	月	日
記号	番号			
標準報酬月額	千円			

任意継続 被保険者証	記号	番号		
喪失予定 年月日	令和	年	月	日

受付日付印