

受付	年	月	日
決定	年	月	日

決		裁	
常務理事	事務長	係員	

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

規則第15条関係

① 健康保険被保険者証の記号及び番号	記号	番号	② 被保険者の氏名・性別	
			性別	男・女
			③ 生年月日	明・大 昭・平 年 月 日
④ 資格喪失の年月日	年 月 日		⑤ 資格喪失の際の標準報酬月額	千円
⑥ 資格喪失の際使用されていた事業所	名称			
	所在地			
⑦ 資格喪失の際の組合の名称	ウラベ健康保険組合			
⑧ 備考			健保記載欄	任継証番号
			3000-	<input type="text"/>

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

ウラベ健康保険組合理事長 殿

申請者の 氏名

住所

セイ フリガナ

氏名 (印)

(固定) 自宅電話番号 : -

(携帯) 電話番号 : -

記入上の注意

⑧には資格喪失の日（退職などした日の翌日）から20日を経過した後に申請書を提出する場合には、遅延した理由を記入すること。

誓 約 書

このたび健康保険任意継続被保険者の資格申し出にあたって、下記の事項を守ること誓約いたします。なお、保険料を滞納した場合は、法令の定めるところにより資格喪失（取消）となっても異存ありません。

記

1. 健康保健任意継続の申出をした者が、初めて納付すべき保険料をその納付期日までに納付しなかったときは、任意継続被保険者とならなかったものとみなす。
2. 毎月の保険料は、当月の10日までに納入します。
3. 氏名を変更したときは、5日以内に健康保険任意継続被保険者氏名変更届に被保険者証を添えて提出します。
5. 住所を変更したときは、5日以内に健康保険任意継続被保険者住所変更届を提出します。
6. 死亡したときは、戸籍法の規定による死亡の届出義務者が、5日以内に健康保険任意継続被保険者喪失届を提出します。
7. 次の各号に該当することにより健康保険任意継続被保険者の資格を喪失します。
 - (1)任意継続被保険者になった日から起算して2年を経過したとき。
 - (2)被保険者が死亡したとき。
 - (3)保険料を毎月10日までに納付しなかったとき。
 - (4)健康保険または船員保険の被保険者になったとき。
 - (5)後期高齢者医療の被保険者になったとき。

平成 年 月 日

申出者氏名



(固定) 自宅電話番号：

—

—

携帯電話番号：

—

—

ウラベ健康保険組合理事長 殿