

| | | | |
|----|---|---|---|
| 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 | 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 資格喪失の際勤務していた事業所 | 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 保険料の納付方法（選択して下さい）※（注） | <input type="checkbox"/> 毎月納付 | <input type="checkbox"/> 1年前納（年1回） | <input type="checkbox"/> 6ヶ月前納（年2回） | |
| ⑨ 備考 | | | 健保記載欄 | 任継続番号 |
| | | | 3000- | |

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 丁

住 所

シメイフリガナ

氏 名

(印)

自著の場合は押印を省略できます

(固定) 自宅電話番号：

(携帯) 電話番号：

【注意事項】 被扶養者がいる場合は「被扶養者（異動）届」を添付してください。

※（注） 1年前納：4月（または任継加入月）～翌年3月までの年1回払い
6ヶ月前納：4月（または任継加入月）～9月までと10月（または任継加入月）～翌年3月までの年2回払い

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. 再就職し他の健康保険の被保険者になったときは、5日以内に健保組合に電話連絡します。
4. 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・住所変更届」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氏名・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日以内に健保組合に電話連絡します。
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



押印省略不可

(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