

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	担当者

1 被保険者証記号番号	1 0 - 号	
2 資格喪失年月日	年 月 日	3 資格喪失時の標準報酬月額 千円
4 資格喪失の際雇用されていた事業所	名称	株式会社 四電工
	所在地	香川県高松市花ノ宮町2丁目3番9号
5 保険料の納付方法 (いずれかを○でかこむ)	イ 毎月払い ロ 前納払い (6 ヶ月分) ハ 前納払い (1 2 ヶ月分)	6 資格確認書 発行要否 ☐ 発行が必要 (必要な場合は ☒)
	※記号-番号 9 5 - 号 ※有効期間	

(注) 1. ※欄は記入しないでください。
2. この申請書は、必ず資格喪失の日より20日以内に提出してください。
3. 被保険者期間は、原則任意継続被保険者となった日から2年間です。
4. 任意継続被保険者が資格を喪失する場合
①任意継続被保険者となった日から2年経過したとき。 ②保険料を納付期日までに納付しなかったとき。
③就職して、健康保険、共済組合などの被保険者資格を取得したとき。 ④後期高齢者医療の被保険者資格を取得したとき。
⑤被保険者が死亡したとき。 ⑥被保険者が申し出て受理された日の属する月の末日が
到来したとき。
5. 保険料の納付方法について
毎月払いを選択した場合 … 毎月10日までに支払 (10日を過ぎると任意継続の資格を失うので注意)
前納払いを選択した場合 … 前納開始月の前日までに支払 (まとめて支払う事により若干の割引あり)
※ いずれの場合も原則銀行振込のため、振込手数料が発生する場合があります。
6. マイナ保険証を所有されていない方またはマイナンバーカードの紛失等資格確認書が必要な場合は ☒ してください。
(資格確認書が必要な場合は、本届出と合わせて「健康保険資格確認書 (再) 交付申請書」も提出してください。)

四電工健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり申請します。

年 月 日

申請者

郵便番号	
住所(住民票)	
氏 名	
電 話	() -