健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

資格喪失の際の健康保険被保険者証の記号及び番号	記号		氏　　名	ﾌﾘｶﾞﾅ
	番号		生　年　月　日	昭・平・令　　年　　月　　日
資格喪失年月日（退職の日の翌日）	年　　月　　日		退職時に使用されていた事業所	社員番号（　　）
資格喪失前の被保険者であった期間	(自) 昭和 平成 令和　年　月　日 (至)　令和　年　月　日			年　　ヶ月間

標準報酬月額	資格喪失の際の標準報酬月額	※健康保険組合理事長が公告した標準報酬月額	※　決　定　標　準　報　酬　月　額
	千円	千円	千円

被扶養者	氏　　名	生　年　月　日	性別	続柄	住所（別居の場合のみ記入）
	ﾌﾘｶﾞﾅ	昭・平・令 年　月　日			
	ﾌﾘｶﾞﾅ	昭・平・令 年　月　日			
	ﾌﾘｶﾞﾅ	昭・平・令 年　月　日			
	ﾌﾘｶﾞﾅ	昭・平・令 年　月　日			

保険料納付方法（番号を〇で囲む）	★前納期間中に納付方法の変更はできません。 1．単月（毎月納付。）　2．6ヶ月前納　　3．１２ヶ月前納
給付金等がある場合の振込金融機関（番号を〇で囲む）	1．在職中の給与振込金融機関（＊旧郵便局口座不可、ゆうちょ銀行新口座取扱い可） 2．１以外の金融機関 ・金融機関名：　　・本店又は支店名： ・預金種目：　　・口　座　番　号：

上記の通り申請します。

令和　　年　　月　　日

（申請者）〒　　住　所：

電　話：　　(携帯電話　　)

氏　名：　　印

健保記入欄		常務理事	事務長	担当者
	旧保険証回収　　月　　日　　任保険証回収　　月　　日			

※欄は記入しないで下さい。

三菱ＵＦＪニコス健康保険組合

【適6】20211001