

提出先: 健保組合  
または会社人事担当者

理事長	常務理事	事務局長	担当者

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

記号 番号	記号 10	氏名	健保 太郎
	1234	生年月日	昭和 <del>平成</del> 8 年 7 月 1 日
健康保険証に記載の番号4桁の数字をご記入ください	昭和 4 年 6 月 1 日 (退職日の翌日)	退職日の翌日を記入してください。	
資格喪失の際の所属されていた事業所	(株)タダノ お勤めされていた会社名を記入		
資格喪失の際の組合の名称	タダノ健康保険組合		
保険料納付方法	<input type="checkbox"/> 毎月払い <input type="checkbox"/> 9月まで前納納付 <input type="checkbox"/> 3月まで前納納付 (初月は月払いになります。次月からは前納納付になります。)		
備考	退職の翌月からの保険料の支払い方について <input checked="" type="checkbox"/> してください。		
被保険者記号・番号に替えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。マイナンバーを記載した場合は、マイナンバーを記載してください。			
上記のとおり申請します。			
4 年 6 月 1 日			
タダノ健康保険組合理事長殿			
〒 761-0185			
住所	高松市新田町甲34 任意継続加入後の住所・電話番号を		
氏名	健保 太郎		
電話番号	087-839-5757 健康保険組合から医療費など払い戻しがあつた場合の振込先口座をご記入ください。		
給付金があつた場合のみに使用 (保険料の自動引き落としはできません)	健康保険 銀行 高松 支店 普通口座番号 6370241		