

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

一般・介護保険料の納入方法(介護保険料は40歳～64歳までの方のみ)

★ 保険料の納付方法は、下記の□にチェックしてください。

- ☐ 月払い(毎月1日～10日※10日が土日祝の場合翌平日払)
- ☐ 半期前納払い(4月～9月分・10月～翌年3月分 の年2回払)
- ☐ 全期前納払い(4月～翌年3月分の一括払)

★ 納付期限厳守(自動引き落としではありませんのでご注意ください)

※ 健 保 記 入 欄		常 務 理 事				適 用 担 当							
		記 号		番 号		9000 —							
		資 格 取 得 年 月 日		令和 年 月 日									
		資 格 喪 失 予 定 年 月 日		令和 年 月 日									
		標 準 報 酬 月 額		千 円		処 理 年 月 日		. .					
退職時の被保険者証の記号番号		1000 —											
資格喪失年月日(退職日の翌日)		年 月 日		従 業 員 番 号				退職時の所属					
資格喪失の際の 使用されていた 事業所	名 称			退 職 時 の 標 準 報 酬 月 額		千 円							
	所 在 地	生 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日 生									
		退職日の翌日の年齢		才 ヶ月		性 別		男 ・ 女					
資格喪失の際の健康保険組合の名称		ネスレ健康保険組合		被 扶 養 者 の 有 ・ 無		☐ 無 ☐ 有		人 数 ()					
あなたの銀行口座		銀行・農協 信金・信組		本・支店 出張所		種 目		口 座 番 号 (右 づ め)		金 融 機 関 番 号		店 番	
(ふ り が な)						1・ 普通 2・ 当座							

注意 ① 資格喪失日より20日以内に提出してください。(20日を経過すれば正当な理由がある時以外は認められません。)
② 被扶養者があるときは被扶養者(異動)届を提出してください。
③ ※健保記入欄は記入せず、太枠内の記入をしてください。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 —
住 所 :
氏 名 :
自 宅 電 話 : — —
携 帯 電 話 : — —
メールアドレス :