

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、下記の口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)

退職時の被保険者証の記号番号		1000 —		※ 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 標 準 報 酬 月 額				千円							
資格喪失の際の 使用されていた 事業所		名 称		従 業 員 番 号					退 職 時 の 所 属							
		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		<input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 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 :