

記入見本

常務理事	事務長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

氏名	阪神 太郎	生年月日	昭和/平成 ●● 年 ● 月 ● 日
住所	〒 530-0005 大阪市北区▲▲町1000-3 Tel 06-6232-XXXX		
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 4 年 1 月 1 日		← ご退職日の翌日
任継資格取得年月日 (退職日の翌日)	令和 4 年 1 月 1 日		← (例) 12月31日ご退職の場合 1月1日となります。
資格喪失時標準報酬月額	ご記入不要	(千円)	
任継後標準報酬月額	ご記入不要	(千円)	
保険証の記号番号	4811- (旧保険証番号)	4812-	ご記入不要
保険料納付方法	1. 月払い	2. 半期前納	3. 1年前納 ← ご選択ください
給付金振込先 (ご本人名義)	●● 銀行	▲▲ 支店	
	普通(総合)	口座番号	1234321

上記の通り申請します。

●● 年 ●● 月 ●● 日 ← ご退職日の翌日以降の日付

申請者氏名 阪神 太郎

阪神高速道路健康保険組合 御中

[注意]

★法第20条の規定により、資格喪失の日から20日以内に申請して下さい。

- ① 後日、納付書をお送りします。
- ② **納付書到着後、お振込みをお願いします。**
- ③ 申請後の納付方法は変更できません。
- ④ 資格喪失した時は直ちに健康保険組合で交付したすべての証の返却をお願いします。
- ⑤ 資格有効は資格取得日より起算して2年迄です。(途中資格喪失した場合を除く)
- ⑥ 健保法第38条により納入遅延の場合は資格喪失となることがあります。