

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険被保険者証の記号及び番号	—	任意継続被保険者証の記号及び番号	—
資格取得年月日		資格取得年月日	
資格喪失年月日		資格喪失年月日	
資格喪失の際の標準報酬月額	千円	任意加入時の標準報酬月額	千円
資格喪失時の事業所名			
給付の振込先	銀行	支店	口座No.
申請者の住所 〒			
TEL ()			
申請者の氏名 (フリガナ)			
⑩			

上記のとおり申請します。

※次の点にご注意ください。

- (1) 住民票を添えて提出してください。
- (2) 保険料納入方法
 - 現金書留
 - 銀行振込

東京三菱銀行 中野駅前支店 (普) 0002590
 口座名義 丸井健康保険組合
 - 口座引落

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書をご記入ください。
- (3) 住所・電話番号等を変更したときはただちに当組合にご連絡ください。
- (4) 次の場合は任意継続被保険者の資格を喪失します。
 - ① 資格を得た日より起算して、2年を経過したとき。
 - ② 就職したとき。
 - ③ 保険料を納付期日（毎月8日）までに納付しなかったとき。

受付日付印