

注意事項

1 この申請書は被保険者資格喪失の日（退職の翌日）から二〇日以内に当組合事務所に提出しなければ無効になります。
 （天変地変・交通・通信等のストライキ以外の理由による申請の遅れは無効です。）
 2 第一回の保険料納付期日は、この申請書が受理された日です。

※ 決 定 同	令和 年 月 日 起案			第1回保険料納付日		・ ・		
	資 格	取 得	・ ・	任 継 資 格 取 得 日		・ ・		
		喪 失	・ ・	任 継 喪 失 予 定 日		・ ・		
	任 継 標 準 報 酬 月 額	千円		喪失時	千円	被 保 険 者 番 号	999	被 扶 養 者
前年度		千円						
介護保険の該当			有 ・ 無		任 継 保 険 料 (健康)			
任 継 保 険 料 の 納 付			振込・自動引落		月 額 円 (調整) (介護)			

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

横浜港運健康保険組合

退職時の被保険者証記号番号	記号	フリガナ	印	男・女			
生年月日	番号	氏名	昭和・平成・令和 年 月 日 (才)				
◎退職後の住所	〒						
を記入して下さい	メールアドレス(希望者)						
自宅電話番号(必ず記入)	—	—	携帯電話番号	— —			
◎緊急連絡先は、本人の住所と異なる親族等の方を記入して下さい。							
緊急連絡先	フリガナ	本人との続柄	電話番号	— —			
氏名							
※扶養家族を申請する場合は、必要な書類を提出して頂くことがあります。							
被扶養者申請欄	氏名	性別	生年月日	続柄	職業(学生)	同居別居の別	年金・恩給の受給
		男・女	大昭平令 年 月 日(才)			1.同居 2.別居	1.有り 2.無し
		男・女	大昭平令 年 月 日(才)			1.同居 2.別居	1.有り 2.無し
		男・女	大昭平令 年 月 日(才)			1.同居 2.別居	1.有り 2.無し
別居している方の住所を記入(該当者のみ)							
資格喪失年月日(退職日の翌日)		令和 年 月 日					
資格喪失時(退職)の事業所		名称					
		住所					
資格喪失時の標準報酬月額(退職時)		千円					
◎健保組合からの保険給付金の振込先・預金口座							
金融機関名	名称	フリガナ	◎任意継続保険料の納付方法は次の(ア)(イ)のいずれですか (ア)毎月10日までに自分で振込 ○振込みを忘れたときは資格を喪失します ○振込に関する念書を提出していただきます (イ)銀行口座自動引落を希望 ○預金口座振替依頼書が必要です				
	支店	フリガナ					
預金種目	普通・当座						
口座番号							
名義	被保険者の名義以外は受けません						