

発 議	常務理事	事務長	係
令和 年 月 日			

## 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・番号 (資格喪失時点)		記 号 番 号 20 — 旧 —
資格喪失の年月日 [退職の翌日]		令和 年 月 日
資格喪失の際の標準報酬月額		千 円
資 格 喪 失 の 際 の 事 業 所 名	名 称	
	所 在 地	

被扶養者  有 :  無 ※ 被扶養者がいる場合には、別紙の届出が必要です。

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

〒 : \_\_\_\_\_

住 所 : \_\_\_\_\_

連絡先 ☎ : \_\_\_\_\_ ( )  
(携帯☎ - - )

申請者

ツガナ

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 : 昭・平・令和 年 月 日 : (満 歳)

ミツバ健康保険組合

## 任意継続保険料の納付に関する確認書

- 1) 当組合が発行する納付書に基づき、毎月1日～10日までの間に納付いたします。  
(ただし、初回の支払い及び10日が土・日・祝日の場合は、当組合が指定した日とする。)
- 2) 10日又は指定した日までに納付がない場合は、同日の翌日に資格を喪失します。  
ただし、保険料納付の遅延につき特別な事情がある場合は、10日又は指定した日までに、  
当組合担当者あてに事前連絡をすること。  
(初回支払いの納付がない場合は、当初から資格がなかったものとみなされます。)
- 3) この制度は任意加入なので、当組合からの保険料の納入催促は不要となっています。
- 4) 資格喪失した場合は、すみやかに資格確認書を当組合へ返納します。(※ 発行者のみ)
- 5) 継続加入の可否等については、異議の申し立てはいたしません。

以上の項目を遵守いたします。

令和 年 月 日

住 所

---

氏 名 ⑩

---

連絡先 ☎ ( )

(携帯☎ - - )