

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

申請日 令和 年 月 日

太枠内を記入してください

被 保 険 者 氏 名		性 別	生 年 月 日		
フリガナ		男・女	昭・平		
住 所	〒 ー ー		電 話 ー ー		
資 格 喪 失 時	事業所名				
	所在地				
	被 保 険 者 証		資格取得年月日		資格喪失年月日
	記号	番号	昭・平・令		令和
健康保険給付金等の振込先(郵便局除く)		銀 行・組合 信用金庫・農協	本店・支店 出張所		口座番号 [ 普通・当座 ]
保険料納付方法  (希望される納付方法に○をつけてください)		① 一括前納 : 4月(又は任継加入月)～3月まで			
		② 年2回前納 : 4月(又は任継加入月)～9月まで 10月(又は任継加入月)～3月まで			
		③ 毎月払い			
<p>1. 加入できる期間は2年間ですが、保険料を期日までに納めない場合は、途中でも資格がなくなります。</p> <p>2. 資格喪失後は、必ず被保険者証を返納下さい。</p> <p>3. 申請事項を変更される場合は、早目にご連絡下さい。(被扶養者、住所、電話番号、金融機関変更等も含む)</p> <p style="text-align: center;">上記3項目を了承のうえ、申請します。</p> <p style="text-align: center;">ニッセイ・ウェルス生命健康保険組合 御中</p> <p style="text-align: right;">申請者名 <span style="float: right;">印</span></p>					

【健康保険組合使用欄】

受付印

資格取得時 保 険 料	令和 年 月～ 年 月 円
標準報酬月額	千円
資格取得年月日	令和

常務理事	事 務 長	係