

常務理事	事務長		担当	任意継続保険の記号・番号
				100-

任意継続被保険者資格取得申請書

①申請時 誓約事項(下記の内容をご確認のうえ署名押印してください)

任意継続の申請にあたり、以下内容を承諾したうえで申請します。

1. 任意継続被保険者資格を喪失する事由(健保法第38条)

- 被保険者資格取得後の期間が、2年を経過したとき
- 被保険者が死亡したとき
- 保険料を納付期日までに納付しないとき
- 再就職によって他の健康保険の被保険者となったとき

上記(1)～(4)以外の理由では脱退できません。

2. 万一、納付期日までに保険料を納入せずに資格喪失となっても異議申し立てを致しません。

3. 任意継続被保険者の資格を喪失した場合、保険証を速やかに返却致します。

4. アコム健康保険組合から資格喪失後の受診に係る医療費等の返還請求があった場合は、速やかに返納致します。

平成 **XX**年 **2**月 **1**日

署名 **健康 太郎**



【注意事項】

●太枠内①～⑪全てご記入ください。

①の署名押印欄に署名・押印がない場合は受理致しません。

⑪は給付金が発生した場合の健康保険組合からの振込口座です。保険料引落の口座ではありません。

●健保到着が資格喪失後20日を過ぎた場合はこの申請書を受理できません。

●この申請書を受理後に健保より保険料の納付書を郵送致します(1週間程度)。なお、納付書が届かない場合は健保までご連絡ください。

<健保使用欄>

取得日	年月日	喪失予定日	年月日	月額	
旧証回収	年月日	初回入金日	年月日	証送付	年月日
備考					

② 健康保険証の記号・番号 (在職時の保険証)	記号	1	番号	1234
③ 資格喪失した年月日 (退職日の翌日)	平成 XX 年 1 月 1 日			
④ 被保険者氏名	フリガナ ケンコウ タロウ			
	健康 太郎			
⑤ 生年月日	昭和・平成	XX 年 5 月 1 日	⑥ 性別	男 ・女
⑦ 住所	(〒 123 - 45678) 〇〇 県 〇〇 市 1-2-3			
⑧ 電話番号	011-123-4567		携帯電話可	
⑨ 被扶養者の有無	被扶養者有 ・ 被扶養者無			
⑩ 資格喪失の際の 所属事業所	名称	アコム株式会社		
	所在地	東京都千代田区丸の内2-1-1		
⑪ 給付金等 の振込銀行 (本人名義)	銀行名	希望する本人口座を指定して下さい。		
	普通・当座			

受付印