

# 任意継続被保険者取得申請書

常務理事	事務長	担当者

記号	11	番号(氏名コード)	234567			
資格喪失の年月日	XX年 XX月 XX日		資格喪失の際の標準報酬月額	000 千円		
生年月日	XX年XX月XX日 XX歳		40歳以上65歳未満の方は介護保険料を一般(健康)保険料に上乗せして徴収されます。			
給付の際の振込先	〇〇銀行 △△支店 普通預金		口座番号	123456	口座名義	ケンポ タロウ
保険料の納入方法	●毎月 (毎月の保険料は10日迄に納入)[割引なし]		●前納 (9月まで / 3月まで) [割引あり]			
備考						

上記のとおり申請します。

XX年XX月XX日

申請者

住所 〒111 - 1111

〇〇県〇〇市△△町1-2-3

氏名 健保 太郎

TEL ( 999 ) 999 - 9999

資格喪失の際使用していた事業所	
所在地	〒111 - 1111 〇〇県〇〇市△△町
名称	株式会社〇〇〇〇
事業主氏名	〇〇 〇〇〇

※事業主(会社)が記入(証明)して下さい。



ダイフク健康保険組合

【裏面も必ずお読みください】

### **【任意継続加入期間についての注意事項】**

- ・任意継続の加入期間は、任意継続被保険者となってから2年間となります。ただし、以下の理由に該当する場合は2年を経過する前に、任意継続の資格を喪失することとなります。

#### **《資格を喪失する場合》**

- (1) 毎月の保険料を納付期限までに納付しなかった場合（毎月払いの保険料の納付期限は10日までとなります）
- (2) 就職等により、健康保険等の被保険者等となった場合
- (3) 被保険者の方が亡くなられた場合

※「国民健康保険に加入する」や「ご家族の健康保険の扶養に入る」などの理由で資格を喪失することはできません。