

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		番号(氏名コード)	
資格喪失の年月日	平成 年 月 日	資格喪失の際の標準報酬月額	千円
生年月日	昭和 平成 年 月 日 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	銀行 支店 普通預金 口座番号 口座名義		
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。

平成 年 月 日

申請者

住所 〒

氏名

TEL () -

資格喪失の際使用していた事業所	
所在地 名称 事業主氏名	(印)

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。