

任意継続被保険者資格取得申出書

日本イーライリリー健康保険組合 理事長 殿

| | | | |
|------|-----|--|---|
| 常務理事 | 事務長 | | 係 |
| | | | |

令和 年 月 日

| | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|----------|---------|----------|---|----------|---|
| 資格喪失時の 記号・番号 | 記号 | | 番号 | | | | | |
| 氏名 | フリガナ | | | | | | | |
| 申請者の住所 | 〒 | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 () 歳 | 性別 | 男 | ・ | 女 |
| メールアドレス (退職後に連絡がとれるもの) | | | | | | | | |
| 資格喪失の年月日 (退職日の翌日) | 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| 資格喪失時の 事業所名称と所在地 | | | | | | | | |
| 給付金等振込先 (被保険者名義の口座) | 銀行 信用金庫 | | | | | | 本店 支店 | |
| | 普通 当座 | 口座番号 | 口座名義(カナ) | | | | | |
| 保険料の納入方法 | 1. 毎月ごと | | 2. 半年分前納 | | 3. 1年分前納 | | | |
| 保険料の納入期日までに入金の確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとる事に同意致します。 資格喪失した時はただちに保険証を返納いたします。 被保険者氏名 | | | | | | | | |
| 被扶養者 状況 | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 住所 | | | |
| | S・ H・R | 年 月 日 | | | | | | |
| | S・ H・R | 年 月 日 | | | | | | |
| | S・ H・R | 年 月 日 | | | | | | |

※上記に記入された被保険者につきましては、「被扶養者異動届」が必要です。

なお、被保険者状況が現職時と異なる場合は「被扶養者調書」と「認定に必要な書類(状況に応じて異なります)」も必要となります。

(注) この申請書は資格喪失日から20日以内に健康保険組合に届かない場合は受付できませんのでご注意ください。

| | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 備考 | 個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要) |
| | ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点 |

| | | |
|------------|--------------------|----------|
| ※健保 記入欄 | 任意継続被保険者証 記号・番号 | |
| | 資格喪失予定日 | 令和 年 月 日 |
| | 資格喪失時 標準報酬月額 | 千円 |
| | 決定月額 | 千円 |
| | 納付書・保健証送付日 | |
| | 初回保険料納入日 | |

受付日付印