

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			<input type="checkbox"/> 資格確認書発行希望		
住民票住所	〒					
居所住所 (郵便物送付先)	<input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ <input type="checkbox"/> 住民票住所以外 (ご記入ください) 〒					
生年月日	昭和 平成	年	月	日 () 歳		
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					
個人番号 (在職時に提出済の場合は不要)				※マイナンバーを記載した場合は個人番号確認のため 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		
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		
保険料の納入方法	普通 口座番号 口座名義(カナ) 当座					
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。 被保険者氏名						
被扶養者 状況	氏名	資格確認書 発行希望	生年月日	性別	続柄	住所
		<input type="checkbox"/>	S・ H・R	年 月 日		
		<input type="checkbox"/>	S・ H・R	年 月 日		
		<input type="checkbox"/>	S・ H・R	年 月 日		

※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。

※資格確認書発行希望欄は、マイナ保険証を利用している場合はチェック不要です。

※健保 記入欄	任意継続被保険者等 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
	納付書等送付日	
	初回保険料納入日	

受付日付印