

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

サンリオ健康保険組合

健保組合記入(任継)	3 4 -	
資格喪失時の 記号・番号	記号	
	番号	

常務理事	事務長	確認	担当

1. 被保険者資格を喪失した日の前日まで継続して2ヶ月以上被保険者であった者であること。
2. この申請書は資格喪失した日から20日以内に提出すること。
3. 資格喪失により被扶養者資格も喪失しますので、被扶養者のある方は改めて申請すること。

氏名	フリガナ		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (男・女)		
資格喪失の年月日	令和 年 月 日	資格喪失時の 標準報酬月額	千円
資格喪失時 所属していた事業所の名称			
備考	資格喪失時の被扶養者数 名		

住所 (住民票住所)	〒 - フリガナ		
電話番号	自宅 携帯	-	※連絡のつきやすい番号をご記入ください
E-mail	@		
振込先口座 ※健保組合から支給金がある場合	銀行・支店 (銀行コード4桁:) (支店コード3桁:)		
振込先はできるだけ 三菱UFJ銀行(五反田支店) をご指定ください	フリガナ	預金種別	1. 普通(総合) 2. 当座
	口座番号 (右つめで記入)		
資格取得時 保険料の納付方法 (希望するものに○)	1. 毎月納付方式(毎月納付期限までに当月分を納付する方法) 2. 半期前納方式(資格取得時～9月分までを一括して前納する方法 ⇒⇒ 2は8月までに取得する 方のみ選択可) 3. 年間一括方式(資格取得時～翌3月分までを一括して前納する方法)		
緊急連絡先	氏名 (続柄:)		
	電話番号 -		

上記の通り申請いたします。 令和 年 月 日 サンリオ健康保険組合 殿

健保組合の記入欄	資格取得: 令和 年 月 日 保険料: 月分納入済
----------	------------------------------