

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 -	常務理事	事務長	確 認	担 当
資格喪失時の 記号・番号	記 号 3 番 号 * * * *				

資格情報のお知らせ
等を見て記入

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 6 年 12 月 1 日	資格喪失時の 標準報酬月額	440	千円	
資格喪失時 所属していた事業所の名称	(株)サンリオ		健保の案内または 会社の人事総務に確認して記入		
備 考	資格喪失時の被扶養者数		1	健康保険上の扶養者数を記入	

住 所 (住民票住所)	住所欄は 住民票 又は マイナンバーカード に記載のとおり記入 ◎ * * 区一丁目1番地 1 × * * 区1-1-1				
電 話 番 号	自宅 携帯	全て記入 ※振込先金融機関は、できるだけ 「三菱UFJ銀行(五反田支店)」をご指定ください ※E-mail は英字・数字・記号を明確に記入願います			
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
----------	------------------------------