

健康保険任意継続被保険者資格申請書

任意継続被保険者番号

下記の通り任意継続保険に加入したく申請します。

太枠内を記入してください

教職員番号					申請日	年	月	日	退職日	年	月	日
最終所属	地区:	所属:			職名:	生年月日			[昭・平 年 月 日]			
資格喪失時の事業所名	名称	慶應義塾大学医学部	所在地	東京都新宿区信濃町35					性別	1男・2女		
フリガナ									電話	自宅	()	
氏名									携帯	()		
フリガナ									メールアドレス			
フリガナ									日中の連絡先(実家など連絡のつくところ)			
現住所	〒									電話	()	
退職前後に転居予定のある方: 年 月 日より(転居予定)												
フリガナ												
住所	〒									電話	()	

様方

※ 保険証と一緒に保険料のご案内をお送りいたします。期日までに保険料が納入されない場合は、資格取消となりますのでご注意ください。

保険証の送付先	1 : 現住所	3 : 信濃町人事課	4 : その他	※送付先を括弧内にご記入ください。
	2 : 転居先		()	()

保険料は銀行振込となります。			
1回目の保険料は月払での振込になりますが、2回目以降の振込は納入方法を選択できます。1~3を選択してください。			
1 : 毎月納付	2 : 前納(通年)	3 : 前納(半期)	

保険給付等の振込先 *郵便局不可 *申請者名義	銀行コード				支店コード			口座番号 (右詰め記入)
	銀行				支店(出張所)			普通
フリガナ								
口座名義								

フリガナ 被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄	障害者の場合 その内容	年間 収入	同居 別居	別居先の住所
	年 月 日 [昭・平・令 年]	男・女			円	同・別	〒 電話 ()
	年 月 日 [昭・平・令 年]	男・女			円	同・別	〒 電話 ()
	年 月 日 [昭・平・令 年]	男・女			円	同・別	〒 電話 ()

扶養を追加される方で配偶者を扶養にされない方は次の項目に必ず○を記入してください。

配偶者の有無⇒ 有・無 有に○の方 ⇒ 配偶者の年間収入は被保険者よりも 多い・少ない

健保記入欄

任継 記号番号	1 -	納付方法	1 : 毎月納付	2 : 前納(通年)	3 : 前納(半期)	ベネフィット登録	□前番号喪失 □任継登録	
資格取得日 (退職日の翌日)	年 月 日	事業所	10			備考		
取得事由	9 : その他	所属	1000000				ベネフィット登録	□任継喪失報告
喪失予定日	年 月 日	データ登録	月 日				任継保険証返却	未・済
退職時月額	千円	保険証発行	月 日	□案内介護保険チェック			就職先保険証のコピー	未・済
上限月額	470 千円	発送	月 日	配達記録・速達・封内便(他)			保険料返金(就職・他)	無・有(月 日返金)
決定月額	千円							

取得認定(青)	年 月 日認定	
健保常務理事	健保事務長	健保担当者

喪失認定(赤)	年 月 日喪失 (満了・就職・未納・)	
健保常務理事	健保事務長	健保担当者
		受付印

*申請受付時	
健保受付印	窓口受付印