

経 伺	常務理事	事務長		係 員

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

【申請者記入欄】

被 保 険 者 証 記 号 番 号	記 号	番 号	(フリガナ)	
			被保険者氏名	印
性 別	男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日(満 歳)	
現 住 所	〒 _____ Tel (_____) _____			
資格喪失の際 使用 されていた事業所	名 称		被扶養者の有・無	
	所在地		有 ・ 無	
資格取得年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	資格喪失時の 標準報酬月額	千円	
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
保険料の納付方法 * 希望する納付 方法に○をする	1. 月払い(1ヶ月ごと) 2. 9月分まで前納 3. 3月分まで前納		備考	

上記のとおり申請します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受付日付印

ポッカ健康保険組合 殿

【注 意 事 項】

1. この申請書は、資格喪失の日から**20日以内**に提出してください。
2. 「住民票」を添付してください。
3. 被扶養者を有するものは、「被扶養者異動届」等を添付してください。
4. 初回保険料は、申請と同時に納入してください。

【組合記入欄】

任 継 被 保 険 者 証 記 号 番 号	記号	番号	保 険 料 額		円
	2000		内 訳	一般保険料	円
任継資格取得年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	調整保険料		円	
資格喪失予定年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	小計		円	
標準報酬月額	千円			介護保険料	円