

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

三井物産健康保険組合 理事長 殿

常務理事	事務長	課長	係

提出期限：退職日の翌日から20日以内 健保必着

資格喪失前の被保険者等記号・番号	記号	番号		フリガナ	被保険者氏名			
退職日	令和	年	月	日	退職時の事業所名			
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	() 歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
住所	〒	-						
電話番号	-		-		日中連絡の取れる番号をご記入ください			
健保からの払渡銀行(還付金振込先)	銀行信用金庫			本店支店		店番		
	普通	口座番号			口座名義人(カタカナで記入)			
2ヶ月目以降の保険料納入方法(希望に✓)	<input type="checkbox"/> 毎月振込(納付期日：当月1日～10日)			<input type="checkbox"/> 9月分までの半年分前納(納付期日：資格取得月中)			<input type="checkbox"/> 年度末までの通期前納(納付期日：資格取得月中)	
	※10月以降に資格取得し、前納を希望される場合は、通期前納にチェックをお願い致します。 ※当組合では口座引き落とし・現金は取り扱っておりません。指定口座への振込をお願いいたします。							
資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 必要		マイナンバーカードを持っていない方、持っているが健康保険証利用登録をしていない方等					
	<input type="checkbox"/> 不要		マイナ保険証で受診可能な方(任意継続資格取得手続き完了後、通知を送付しますので、受領後にマイナポータルにて健康保険証情報をご確認ください)					
初回納付期限までに保険料の納付がない場合は、任意継続資格取得が取り消しになることに同意致します。その後も、納入期日までに納付がない場合は、納付期日の翌日にて資格喪失となることに同意致します。また無資格期間にかかった医療費は返金いたします。								
被保険者氏名								

◆在職時に扶養していた方を任意継続保険でも引き続き扶養する場合は、ご記入ください。

被扶養者	フリガナ氏名	生年月日	性別	続柄	同居		職業	収入有無		資格確認書発行
					同居	別居		有	無	
被扶養者1	昭・平・令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
被扶養者2	昭・平・令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
被扶養者3	昭・平・令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
備考										

【送付先】三井物産健康保険組合 〒100-6821 東京都千代田区大手町1-3-1 JAビル21階
三井物産社内便:アドレスコード KENPO

受付日付印

※健保記入欄	任継記号・番号		任継資格取得日	令和 年 月 日
	資格喪失時報酬月額	千円	任継時報酬月額	千円
	保険料月額	円	保険料納入額	円
	介護保険料	有 ・ 無	保険料納付方法	月払い 半期前納 通期前納