

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	事務課長	担当

保険証を見てご記入下さい。

申請者記入欄 (記入日 平成 XX年 5月 8日)

健康 保険証	記号	XXX	社員番号	d999999	勤務していた 事業所	事業所名称	大日本印刷 市谷事業部
	番号	9999	氏名	健保 太郎 (印)		所在地	東京都新宿区市谷加賀町1-1-1

自宅住所	〒162-1512 東京都新宿区下落合3-5-12	捺印を忘れずに	<input checked="" type="radio"/>	毎月払い
電話番号	03-3252-1523			前納半期払い (4~9月、10~翌年3月)
生年月日	昭和・平成 XX年 6月 1日			前納1年払い (4~翌年3月)

適用事業所担当者 記入欄

資格取得日	昭和 平成 年 月 日	資格喪失日	平成 年 月 日	退職時の標準報酬月額	,000円	適用事業所 担当者 印
				退職月に 定時決定が	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
				退職月に 随時改定が	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

エリアコード	事務担当

DNPグループ各社は記入不要

- 「資格喪失日」には、「健康保険資格喪失届」に記入する「資格喪失日」を記入してください。
- 退職月に「定時決定」「随時改定」がある場合は、「退職時の標準報酬月額」に、変更後の標準報酬月額を記入してください。
- この届出により、任意継続被保険者の健康保険料を計算しますので、正確に記入願います。

提出上の注意

- 被保険者資格を喪失した日の前日まで継続して2ヶ月以上被保険者期間があること
- 被保険者資格を喪失した日から20日を経過すると申請できません。
- 申請書は、以下の書類とともに提出願います。
 - 預金口座振替依頼書
 - 健康保険被扶養者異動届 → 扶養家族を有する方のみ
 - 同意書(前納希望者のみ)
- 初回の健康保険料は、上記書類提出後、健保組合からコンビニエンスストア振込用紙にて連絡しますので、コンビニエンスストアでお支払い下さい。その後の保険料は銀行引き落としとなります。

健康保険組合事務処理欄

任意継続 取得年月日		適用標準 報酬月額	,000円
記号・番号	-	健康保険料	
引落開始年月		介護保険料	
喪失予定年月		才点検者	
加入時年齢			

大日本印刷健康保険組合

被扶養者異動届	
振替依頼書 or シニアスタッフ届出	
喪失届	
保険証	
払込受領書	
払込額	チェック印

