

任意継続被保険者取得申請書

常務理事	事務長	担当者

記号	番号(氏名コード)	
資格喪失の年月日	年 月 日	資格喪失の際の標準報酬月額 千円
生 年 月 日	年 月 日 歳	40歳以上65歳未満の方は介護保険料を一般(健康)保険料に上乗せして徴収されます。
給付の際の振込先	銀行 支店 普通預金 口座番号	口座名義
保険料の納入方法	<input checked="" type="radio"/> 毎月 (毎月の保険料は10日迄に納入)[割引なし] <input checked="" type="radio"/> 前納 (9月まで / 3月まで) [割引あり]	
備 考		

上記のとおり申請します。

資格喪失の際使用していた事業所	
所在地	
名 称	
事業主名	

年 月 日

申 請 者

住 所 〒

氏 名

TEL () -

事業所 担当確認欄	<input type="checkbox"/> 記載内容について誤りがないか 申請者本人に確認している。
--------------	--

本人確認欄 (ご本人確認のため☑チェック願います。)
<input type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成したものである。

ダイフク健康保険組合

【裏面も必ずお読みください】

【任意継続加入期間についての注意事項】

- ・任意継続の加入期間は、任意継続被保険者となってから2年間となります。ただし、以下の理由に該当する場合は2年を経過する前に、任意継続の資格を喪失することとなります。

《資格を喪失する場合》

- (1) 毎月の保険料を納付期限までに納付しなかった場合（毎月払いの保険料の納付期限は10日までとなります）
- (2) 就職等により、健康保険等の被保険者等となった場合
- (3) 被保険者の方が亡くなられた場合
- (4) 被保険者が申し出た場合（その申出書が健保組合で受付された日の属する月の翌月1日に資格を喪失します）