

正

1、この申請書は退職日翌日(資格喪失日)から20日以内に提出願います。  
2、記入欄中「※」印欄は記入不要です。

管工業健康保険組合

同年月日

# 健康保険 任意継続 被保険者資格取得申請書


常務理事	事務局長	部長	課長	抜者

任意継続被保険者証				
記号	番号			
9900	*			

① 被保険者の氏名等		② 資格取得年月日 (前資格喪失日)		③ 前資格喪失時 標準報酬月額 組合平均月額	④ 標準報酬 月額	⑤ 被扶養 者届の 添付	⑥ 被保険者の住所
(フリガナ) 氏名		生年月日	性別	千円	千円		
ウラワ カズノリ		昭和5年 月 日	男1	590	*	有	〒110-0016 台東区台東〇-〇-〇
浦和 和則		平7 270220	女2	380	*	無	⑦ 電話番号 03 (3834) × × × ×
⑧ 退職(資格喪失)した 事業所及び健康保険	名称	いろはに株式会社		健康保険証 記号 番号		資格取得年月日	昭和 平成 50年 4月 1日
	所在地	千代田区神田駿河台〇-〇		5401	33	資格喪失年月日	平成 24年 3月 21日
⑨ 現在における今後の予定		1. 再就職する (再就職した時はご連絡をお願いします。)      2. 再就職しない (保険料の納付期日にご注意ください。)					
⑩ 申請にあたっての留意事項		<p>◎申請の際は資格取得月分の保険料をご用意ください。</p> <p>(但し、原則は1ヶ月分ですが、申請日より2ヶ月分必要となる場合があります。)</p> <p>1ヶ月分の保険料は、標準報酬月額×保険料率で計算されます。 あなたの標準報酬月額は、退職時の月額と組合平均月額と比べ低い方で決定されます。 (なお、保険料納付方法は、毎月当月分を納める方法と、割引された一定期間月分を前納する方法があります。)</p> <p>40才から64才までの方は介護保険料も合せて納めていただくことになります。</p> <p>◎あなたが被保険者資格を継続できるのは最長2年間です。</p> <p>但し、この被保険者資格は1ヶ月ごと保険料を納める(当月分を当月10日迄)ことによって継続していきますので、特にご注意ください。</p> <p>その他、わからない事がありましたら、当組合業務課 TEL 03 (3291) 4421へご連絡ください。</p>					◎ あなたの1ヶ月分保険料は
							※ _____ 円です
							但し、現行保険料率の場合です。 なお、変更の時はご案内します。

保険料前納 希望の番号に○を付けてください。

- 資格取得月から3月分までの毎月払
- 資格取得月の翌月から3月分まで前納
- 資格取得月の翌月から本年の9月分まで前納、10月分から翌年の3月分まで前納

申請年月日	平成 24 年 3 月 25 日提出
申請者	浦和 和則 

受付年月日

申請者本人が氏名を署名した場合、本人の押印は不要です。