

決 裁		
常務理事	事務長	係

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

富士石油健康保険組合 理事長 殿

(申請年月日 年 月 日)

健康保険被保険者証(喪失時)の記号及び番号	記号	番号	(フリガナ)被保険者氏名				
			生年月日	昭・平	年	月	日 (歳)
被保険者連絡先 (携帯・メールアドレス欄は任意記入とします。)	(フリガナ)〒			性別	男・女		
	都道府県						
	TEL自宅 [] 携帯 []						
メールアドレス(PC・携帯) []							
資格喪失の年月日(退職日の翌日)	年	月	日	資格喪失日の標準報酬月額	千円		
資格喪失時の在籍事業所	名称						
	所在地						
資格喪失時の組合名称	富士石油健康保険組合		保険料の支払方法(一つだけ で囲って下さい)	1. 前納1年払(4~3月分) 2. 前納半年払(4~9月分、10~3月分) 3. 毎月1~10日までに送金			

【被扶養者届】 継続扶養される方をご記入下さい。

氏名	生年月日	年齢	性別	続柄	住所	該当に	職業	年間収入
			男・女			同居・別居		円
			男・女			同居・別居		円
			男・女			同居・別居		円
			男・女			同居・別居		円

欄にはご本人名義の銀行口座を必ずご記入下さい。(郵便局は不可)

被保険者の取引先 銀行口座・名義 (給付金等の振込先)	銀行名	支店名	金融機関コード	口座番号(右づめ)				口座名義
	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農協	(フリガナ)	(銀行コード)	普通・当座				(フリガナ)
		(支店コード)						
備考								

上記のとおり、申請します。

受付日付印

注1) 資格喪失日から20日を経過した後に申請書を提出する場合には 備考欄に遅滞した事由を記入すること。

注2) 新たに扶養認定を希望される方又は削除する方がいる場合は別途届出が必要です。

注3) 初回の指定納付期日までに保険料の納付がない場合は申請が無効となります。

注4) 在職中に交付の健康保険証は必ず返却下さい。任意継続者になりますと健康保険証の記号・番号が変わります。