

決 済		
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 年 月 日)

①健康保険被保険者証 記号・番号 (資格喪失時)	記 号	番 号	② (フリガナ) 被保険者氏名	
			③ 生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)
④ 被保険者連絡先 ※メールアドレス欄は出来る 限りご記入願います	(フリガナ) 〒		⑤ 性 別	男・女
	都 道 府 県			
	〒 自宅 : 携帯 :			
	メールアドレス (PC・携帯 :			
⑥ 資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	⑦ 資格喪失日の 標準報酬月額	千円	⑧ 資格確認書発行 要・不要
⑨ 資格喪失時の 在籍事業所	名 称			
	所在地			
⑩ 資格喪失時の 組合名称	富士石油 健康保険組合	⑪ 保険料の支払方法 (一つだけ〇で囲ってください)	1. 前納1年払い(4~翌3月分) 2. 前納半期払(4~9月分、10~3月分) 3. 毎月 1~10日までに送金	

⑫【被扶養者届】 ※継続扶養される方をご記入ください

氏 名	生年月日	年齢	性別	続柄	資格確認書	住所 (同居の場合は「同上」で)	該当に○	職業	年間収入
			男・女		要・不要		同居・別居		円
			男・女		要・不要		同居・別居		円
			男・女		要・不要		同居・別居		円
			男・女		要・不要		同居・別居		円

⑬欄にはご本人名義の銀行口座を必ずご記入ください

⑬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 (フリガナ)	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		(支店コード)	普通・当座	(フリガナ)
⑭ 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⑭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) 初回の指定納付期までに保険料の納付が確認できない場合は、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ご返却ください 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
注5) 資格確認証が必要な方(※)は⑧の欄で「要」に、不要の場合は「不要」に○をお願いします

※次に該当する場合に限ります

- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者