

提出先：フランスベッドグループ健康保険組合 行

承認済	理事長	常務理事	事務長	係	係

## 任意継続被保険者資格取得申請書

(太枠内を記入して下さい)

		申請日		年	月	日
資格喪失の際の 健康保険者証の 記号及び番号	記号	フリガナ				
		氏名	印			
	番号	生年月日	年	月	日生	男・女
住 所	〒 TEL ( ) - ( ) - ( )					
資格喪失の際 使用されていた事業所 (保険証に記載されている事業所)	名 称					
	所 在 地					
資格喪失前の 被保険者であった期間	自	年	月	日 (入社年月日)	年	ヶ月
	至	年	月	日 (退職日)		
資格喪失年月日	年 月 日 (退職日の翌日)					
就職の予定 (該当するものに○)	有り ( 年 月頃) / 無し (理由: )					
標準報酬月額	※資格喪失の際の標準報酬月額	※当健康保険組合が公示 した標準報酬月額		※決定標準報酬月額		
	千円	340 千円		千円		

被扶養者 (退職時と現況が異なる場合は「健康保険被扶養者(異動)届」が必要です。用紙を送付しますのでご連絡願います。)

氏 名	生年月日	性別	続柄	住 所
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			

健康保険給付金等の振込先

銀行名	支店名	口座番号
		普・当

保険料の納付方法 (いずれかひとつを選び、その番号に○を付けて下さい。)

1	毎月払	2	半年払 (年2回)	3	年払 (年1回)
---	-----	---	-----------	---	----------

注) 半年払：4月 (又は任継加入月) ~ 9月までと、10月 (又は任継加入月) ~ 3月 (年度末) までの年2回払い  
 年 払：4月 (又は任継加入月) ~ 3月 (年度末) までの年1回払い  
 楷書で丁寧にご記入ください。住所は都道府県名よりお書きください

※本申請書の受付は被保険者資格喪失後、20日以内に提出願います。

