

※の欄は記入しないで下さい

常務理事	総務	部長	担当者	業	担当者
				務	

## 任意継続被保険者資格取得申請書

任意継続被保険者 記 号 番	31-
-------------------	-----

申請年月日	年 月 日
-------	-------

申請者の	ふりがな			印	男・女	生年月日	昭・平 年 月 日		被扶養者	有・無	
	氏名										
	郵便番号	—		電話			携帯電話				
	ふりがな										
	現住所										
資格喪失の際 勤務していた 事業所	被保険者証 記号・番号	記号	番号	事業所名		標準報酬月額		千円			
		資格取得年月日	資格喪失年月日								
	昭和・平成・令和 年 月 日	令和 年 月 日									
保険料納付方法 いずれかに ○をすること	1. 毎月納付      2. 前納		①取得月の翌月から9月分まで ②取得月の翌月から翌年3月分まで								

※ 任意継続資格 取得決定事項	標準報酬月額			法定喪失年月日	年 月 日
	介護保険料	あり (但し、	なし (但し、	年 月 日～	年 月 日)

# 任意継続被保険者資格取得申請について

この申請に際して、必ず、つぎの注意事項をよく読んで下さい。

## 〈注意事項〉

1. この申請には、健康保険の被保険者であった期間が、退職時まで継続して2か月以上ある必要があります。
2. この申請は、資格喪失した日より20日以内に行う必要があります。
3. 被扶養者を有している申請者は、申請書に被扶養者届を添えて申請して下さい。
4. この申請をすることにより、会社を退職して資格喪失した日に任意継続被保険者の資格を取得することになります。
5. 保険料は、全額申請者の負担です。資格取得と同時にその月からの保険料を納入する義務（保険証使用の有無にかかわらず）が発生します。（翌月以降の保険料の納付については前納することもできます。この場合、保険料が若干割引されます。）
6. 申請するときは申請書の太枠内に記入押印のうえ、切り取り線から切り離してご提出下さい。

◎その他不明な点があるときは、電線工業健康保険組合へお問い合わせ下さい。（Tel 06-6372-5998）