健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

西日本プラスチック工業健康保険組合　御中　　令和　6年　2月　23日 提出

① 資格喪失時の健康保険被保険者の記号番号	記　号	番　号				
	●　●	●　●　●				
② フリガナ	ケンポ　タロウ		④ 性別	男・女	⑤ 生年月日	昭和・平成 5年 9月 1日
③ 申請者の氏名	健保　太郎					
⑥ 申請者の住所（居住地）	〒542－●●●● 大阪府大阪市中央区■■■1-1-1 ■■■マンション 101 号室					
⑦ 申請者の住所（住民票）	☑ 居住地と同一※チェックしてください 〒　　－					
⑧ 申請者の連絡先	電話番号（自宅）　●●－●●●●－●●●● （携帯）　×××－××××－××××					
⑨ 勤務していた事業所名・所在地	（名　称）　■■■工業株式会社 （所在地）　大阪府大阪市北区■■■2-2-2					
⑩ 資格喪失年月日	退職した日の翌日を記入してください 令和　6年　2月　21日		⑪ 喪失時の標準報酬月額	300　千円		
⑫ 保険料納付方法	1. 毎月納付　　2. 一年度前納　　3. 半期前納 ※保険料を前納する場合、資格取得年月日の属する月の月末までに納めていただく必要がありますので、ご申請される時期によっては前納が出来ない場合があります。					
⑬ 被扶養者申請の有無	有　無					
⑭ 通信欄						

退職時の被保険者証の記号番号を右詰めで記入ください。

※誤配達防止のため建物名も正確に記入ください。

居住地と異なる場合は、住民票住所を記入ください

連絡の取れる電話番号を必ず記入ください。

（被扶養者申請が有る場合は、異動申請書類を添付してください。）

太枠線内①～⑬を記入ください。

注意事項

1．① ～ ⑬についてご記入ください。⑪が不明なときは空欄で提出してください。

2．扶養家族を申請する場合…認定資料」Ⅲ「誓約書」Ⅳ「住民票（写）」およびⅤ「そ…てください。

〔Ⅰ・Ⅱ・Ⅳは全員、Ⅲ・…を参照してください）〕

3．**裏面の≪健康保険任意継続被保険者制度の加入について≫を確認いただき、手続きを行ってください。**

※健康保険任意継続を申請される場合は、本紙『注意事項』ならびに次ページ『健康保険任意継続被保険者制度の加入について』をご確認の上お手続きください。

被保険者証番号		月分 現金・請求 納（　月　日）	
		請求の場合：　月　日 入金有（　）	保険証：　月　日発送

2024.1 改訂