

## 任意継続 被保険者 資格取得 申請書

被保険者証の記号・番号		記号	番号
資格喪失年月日 <small>(退職した日の翌日)</small>		令和	年 月 日
申請者	氏名		
	生年月日		
	住所	〒 _____ カガナ	
	電話番号 <small>(日中連絡のとれるもの)</small>	携帯電話番号を お願いします ( _____ )	
e-mailアドレス		_____	@ _____
被扶養者の有無 ※『有り』の場合は「健康保険被扶養者(異動)届」の提出要			
<input type="checkbox"/> 無し		<input type="checkbox"/> 有り ⇒	
	続柄	_____	氏名 _____
	続柄	_____	氏名 _____
	続柄	_____	氏名 _____
保険料の支払い 方法	<input type="checkbox"/> 前納 (一括: 加入月~年度末)		<input type="checkbox"/> 月払い
	※加入月の20日まで 加入月中に振込確認できない場合は 保険料の金額が変更となります		※毎月当月10日まで 期日までに振込確認できない場合は 資格喪失となります

誓約書	
<small>下記事項に同意される場合は署名ください</small>	
被保険者の氏名 _____	
私は、この度の任意継続被保険者資格を取得するにあたり、その制度の目的をよく理解した上で、以下の事項を遵守することを誓約します。	
① 初回保険料は、納付書に記載された納付期限を遵守します。保険料納入遅延により資格取得日に遡り資格取消となっても異議はありません。(健康保険法第 37 条)	
② 毎月の保険料は、10 日の納付期限(土、日、祝日の場合はこれらの日の翌日)を遵守します。保険料納入遅延により資格喪失となっても異議はありません。(健康保険法第 38 条)	
③ 保険料納付金額が不足している場合、未納扱いとなり資格喪失となっても異議はありません。	
④ 資格取得取消または資格喪失した場合は、ただちに保険証を返却します。	
⑤ 資格取得取消または資格喪失以後は、保険証は一切使用しません。 保険証を使用して診療等を受けた場合は、医療費の組合負担分を全額返還します。	

保険給付の振込先					
カガナ					
	銀行 金庫 組合		本店	金融機関 コード	
			支店	支店 コード	
<input type="checkbox"/> 座番号		<input type="checkbox"/> 座名義 (カガナ)			

● 任意継続被保険者の資格期間 (最高2年まで)					
取得	令和	年	月	日	
喪失(予定)	令和	年	月	日	
任意継続被保険者					
記号	88	番号			

日本特殊陶業健康保険組合		
常務理事	事務長	係