健康保険任意継続被保険者資格取得申請書（各月用）

常務理事	事 務 長	業務課長	課長代行	係　長	係

● **標準報酬月額上限額は「360 千円」です。**

※太枠内のみご記入ください。

【資格取得要件について】
- ✧ **被保険者でなくなった日の前日までに、継続して２箇月以上の被保険者であったこと。**
- ✧ **被保険者でなくなった日から２０日以内に申請しなければならないこと。**

※ただし、初回保険料を当組合が指定する日までに納付しない場合は、資格を取り消します。

健康保険被保険者証記号・番号	記号		※決定番号		
	番号				

資格喪失年月日（退職日の翌日を記入）	平成　年　月　日	資格喪失時の標準報酬月額（事業所へご確認ください）	千円	※決定標準報酬月額	千円

資格喪失日前まで被保険者として使用されていた事業所	名　称		※資格喪失日前まで被保険者として使用されていた事業所での資格取得年月日	昭和・平成　年　月　日	性別
	所在地				男・女

組　合　の　名　称	伊藤忠連合健康保険組合
保険料納付方法	各月（自動振替）

※自動振替は、こちらの申請書とは別に【預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書】が必要となります。当組合ホームページからダウンロードいただくか、保険証を送付する際に同封いたしますので、ご希望の方はご記入いただき当組合へお送りください。

給付金等の振込み口座（当組合より給付金等を振込みする際に使用いたしますので本人名義の口座をご記入ください。）	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	普通	口座番号		名義	カタカナでご記入ください。
	銀行番号：　銀行	店番号：　支店					

引続き被扶養者として加入する場合のみご家族をご記入ください。また、引続き別世帯で居住する被扶養者には、〇で囲んでください。

性別	被扶養者氏名	生年月日	続柄	性別	被扶養者氏名	生年月日	続柄
男 女		MT SH ・ ・		男 女		MT SH ・ ・	
男 女		MT SH ・ ・		男 女		MT SH ・ ・	
男 女		MT SH ・ ・		男 女		MT SH ・ ・	

※当月分の保険料内訳	月分
一般保険料	円
調整保険料	円
介護保険料	円
合計保険料	円

※入金日	平成　年　月　日㊞

上記のとおり申請します。

平成　年　月　日

伊藤忠連合健康保険組合　理事長　殿

〒		電話	（　）
申請者の住所			
申請者の氏名		生年月日	年　月　日生　（満　歳）
あなたは、会社を退職後インターネット（携帯は除く）の利用できる環境をお持ちですか。「はい」と回答された方には、後日仮パスワード通知書をお送りします。			はい　・　いいえ

✧ ※印欄は、記入しないでください。

✧✧ この申請書は、ＦＡＸ送信（03-3662-9955）でもかまいません。

✧✧ この申請書は、保険料を各月により納付される方のみ使用してください。保険証交付の際、初回保険料から、各月用納付書が送付されます。

✧ 申請に関してわからないことがある時は、業務課（03-3662-9951）までお問合せください。