

常務理事	事務長	課長	係

●国民健康保険に加入したい、

※この欄は記入しないこと	被保険者証の記号 999 番号		保 険 料 額		円
	資格取得日	年 月 日			
	資格喪失予定日	年 月 日	内 訳	健康保険料	円
	決定標準報酬月額	千円		介護保険料	円
	退職時標準報酬月額	千円	上限報酬月額	千円	
	KDDI健康保険組合加入期間 年 月 日から 年 月 日まで：期間 年 カ月間				

### 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

被扶養者の認定を受けた等  
の理由で加入期間の途中で任意継続被保険者をやめることは出来ません。

資格喪失の際の 被保険者証の記号番号	記 号	番 号	フリガナ 氏 名			性 別
資格喪失日(退職日の翌日)	平成	年 月 日	生年月日	年 月 日		
退職時の事業所名						
フリガナ 被扶養者の氏名	性別	生 年 月 日	続 柄	同居・別居(送金額)	収 入 額	
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
健康保険料自動払込等 ゆうちょ銀行口座記入欄	記号：		番号：			
保険料納付方法(選択制) 「引落方法」	名義氏名(カタカナ)：					
	①単月払い(毎月) ・ ②1年払い(3/10) ・ ③半年払い(3/10と9/10) 12ヶ月分 6ヶ月分					
上記のとおり申請いたします。 平成 年 月 日						
〒						
住所						
氏名						
印						
自宅の電話						
携帯番号						
電子メールアドレス						

記入上の注意

- ①この申請書は資格喪失日(退職した日の翌日)から20日以内に申請してください。受付日付印
- ②申請者が記入する太枠内は洩れなく記入してください。

添付書類

1. 被保険者の住民票(被扶養者のある場合は続柄記載で世帯全員のもの)
2. 被扶養者の所得証明書・(非)課税証明書および年金額のわかる書類
3. 別居の被扶養者は被保険者よりの送金証明書