

# 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	事務課長	担当

保険証を見てご記入下さい。

申請者記入欄  
（記入日 年月日） XX年 5月 8日

健康保険証 記号	XXX	社員番号	d999999	勤務していた事業所 氏名	事業所名称	大日本印刷 市谷事業部
番号	9999	氏名	健保 太郎		印	所在地

自宅住所	〒162-1512 東京都新宿区下落合3-5-12	捺印を忘れずに	<input type="radio"/>	毎月払い
電話番号	03-3252-1523		<input type="radio"/>	前納半期払い（4~9月、10~翌年3月）
生年月日	昭和・平成 XX年 6月 1日		<input type="radio"/>	前納1年払い（4~翌年3月）

## 適用事業所担当者 記入欄

資格取得日	昭和 年 月 日	資格喪失日	平成 年 月 日	退職時の標準報酬月額	,000円	適用事業所担当者印
退職月に 定時決定が □なし □あり 退職月に 隨時改定が □なし □あり						

エリアコード	事務担当

DNPグループ各社は記入不要

- 「資格喪失日」には、「健康保険資格喪失届」に記入する「資格喪失日」を記入してください。
- 退職月に「定時決定」「随時改定」がある場合は、「退職時の標準報酬月額」に、変更後の標準報酬月額を記入してください。
- この届出により、任意継続被保険者の健康保険料を計算しますので、正確に記入願います。

## 提出上の注意

- 被保険者資格を喪失した日の前日まで継続して2ヶ月以上被保険者期間があること
- 被保険者資格を喪失した日から20日を経過すると申請できません。
- 申請書は、以下の書類とともに提出願います。
  - 預金口座振替依頼書
  - 健康保険被扶養者異動届 → 扶養家族を有する方のみ
  - 同意書（前納希望者のみ）
- 初回の健康保険料は、上記書類提出後、健保組合からコンビニエンスストア振込用紙にて連絡しますので、コンビニエンスストアでお支払い下さい。  
その後の保険料は銀行引き落としとなります。

## 健康保険組合事務処理欄

任意継続取得年月日		適用標準報酬月額	,000円	被扶養者異動届	
記号・番号	-	健康保険料		振替依頼書 or シニアスタッフ届出	
引落開始年月				喪失届	
喪失予定年月日		介護保険料		保険証	
加入時年令	才	点検者		払込受領書	
				払込額	チェック印

大日本印刷健康保険組合

