

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

下記の通り申請します。

年 月 日

常務理事	事務長		係

任意継続被保険者証の記号・番号	※9900-	※太枠内記入と誓約書にも署名のこと		
被保険者証の記号・番号	1000-○○○○	氏名	住友 太郎	
被扶養者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭・平・令 ○○年 ○月 ○日 (○才) 性別 <input checked="" type="radio"/> 男・女	
住所 (〒 000 - 0000)				
新宿区○○町0-0		☎	123 - 3456 - 6789	
		☎	987 - 7654 - 4321	
緊急連絡先 ※可能な限り上記以外の電話番号の連絡者をご記入下さい。	氏名(フリガナ)	スミトモ ハナコ	申請者との関係	電話番号
		住友 花子	妻	000-0000-0000
保険料の納付方法 ※希望のものを○で囲む	<input checked="" type="radio"/> A. 月払い	毎月1日～10日に指定の銀行口座に振込	B. 半期前納 [上半期(又は下半期)の保険料を一括納付] C. 通年前納 [当年度分の保険料を一括納付]	
資格取得の年月日	平・令 年 月 日	資格喪失の際の標準報酬月額 千円		
資格喪失の年月日	令和 年 月 日			
資格喪失の際使用されていた事務所	名称	住友不動産販売株式会社		
	所在地	東京都新宿区西新宿2-6-1		
資格喪失の際の組合の名称	住友不動産販売健康保険組合			
任継取得の年月日	令和 年 月 日	標準報酬月額 千円		
任継喪失(予定)日	令和 年 月 日			
納入済保険料	健康保険料	_____円	()月分	
	調整保険料	_____円		
	介護保険料	_____円	合計保険料	_____円

別紙の留意事項をご確認の上、下記誓約書に署名してください

誓約書

私は、この度任意継続被保険者資格を取得するにあたり、別紙の留意事項を承知の上、次の事項を遵守することを誓約します。

- 保険料の納付期限を厳守します。納入遅延により資格喪失となっても、異議を申しません。
- 資格を喪失した時は、直ちに保険証を住友不動産販売健康保険組合に返却致します。
- 万一、資格喪失日以降に受診した医療費を、住友不動産販売健康保険組合から請求された場合、責任をもって速やかに支払います。

住友不動産販売健康保険組合理事長 殿

○○ 年 ○ 月 ○ 日

氏名 住友 太郎