

常務理事	事務長	担当者	担当者

## 健康保険任意継続被保険者資格申請書

(規則第42条関係) 2021.4改定

①申請日	令和 年 月 日		
②在職中の記号・番号		③被保険者氏名	④性別
記号	番号		男 ・ 女
⑤生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日			
⑥住 所 / 電話番号 (必ず連絡がとれる番号を記入)			
〒 -  自宅 ( ) - / 携帯( ) -			
⑦資格喪失日(退職日の翌日)		⑧勤務されていた工場・事業所	
令和 年 月 日			
⑨保険料納付方法 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 月納 / <input type="checkbox"/> 半年前納(4~9月分・10~翌年3月分) / <input type="checkbox"/> 1年前納(4~翌年3月分)		
⑩給付金振込先 (被保険者名義) ※前納者は必ず記入	銀行・労働金庫	本店	預金種目
	信用金庫・信用組合	支店	口座番号
	農協・漁協	出張所	普通 貯蓄 当座

※退職時点で健保の扶養家族が居る場合、全員の氏名を下記欄にご記入ください。

⑪被保険者との続柄	⑫被扶養者の氏名	⑬生年月日	⑭引き続き扶養
	フリガナ 年齢	昭 平 令 年 月 日	する ・ しない
	フリガナ 年齢	昭 平 令 年 月 日	する ・ しない
	フリガナ 年齢	昭 平 令 年 月 日	する ・ しない
	フリガナ 年齢	昭 平 令 年 月 日	する ・ しない

京セラ健康保険組合理事長殿 上記の通り申請します。

注)この申請書の提出期限は、退職日の翌日から20日以内です。

受付印

**【健保記入欄】**

初回納入期日	自動振替開始	前納開始月	任継 記号・番号
年 月 日迄	年 月 日 ( 月分保険料から)	月分 保険料から	900 -