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)　2024.12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生年月日
記号		番号			昭和・平成 年　　月　　日

⑤住　　所 ／ 電話番号（必ず連絡がとれる番号を記入）
〒　　－ 自宅（　　）　　－　　／ 携帯(　　)　　－

⑥資格喪失日(退職日の翌日)	⑦勤務されていた工場・事業所	⑧資格確認書(□にチェック)
令和　　年　　月　　日		□ 要　　□ 不要

⑨保険料納付方法 (□にチェック)	□ 月納　/　□ 半年前納(4～9月分・10～翌年3月分)　/　□ 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 信用金庫・信用組合 農　協・漁　協	本　店 支　店 出張所	預金種目	口座番号
			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。

※⑮は、⑭引き続き**扶養する場合のみ**、チェックしてください。

⑪続柄	⑫被扶養者の氏名		⑬生年月日	⑭引き続き扶養	⑮資格確認書
	フリガナ	年齢	昭 平 令　　年　　月　　日	する ・ しない	□要 □不要
	フリガナ	年齢	昭 平 令　　年　　月　　日	する ・ しない	□要 □不要
	フリガナ	年齢	昭 平 令　　年　　月　　日	する ・ しない	□要 □不要
	フリガナ	年齢	昭 平 令　　年　　月　　日	する ・ しない	□要 □不要

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　－