

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書

(項目が になっている部分を記入してください)

任意継続の記号・番号				<table border="1"> <tr> <td>常務理事</td> <td>事務長</td> <td>主任</td> <td>担当</td> <td>担当</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					常務理事	事務長	主任	担当	担当					
常務理事	事務長	主任	担当	担当														
記号	19	番号																
資格喪失の際の被保険者証				被保険者氏名		性別	生年月日		年齢									
記号		番号		フリガナ	男・女	S・H	年	月	日									
申出者の住所				フリガナ														
電話番号				自宅		携帯												
FAX番号/メールアドレス				FAX		メール												
資格喪失年月日				令和	年	月	日	資格喪失の際の標準報酬月額		千円								
資格喪失の際雇用されていた事業所				10.法政大学 12.出版局 14.教職員組合 16.おれんじふおれすと 18.エイチ・ユー														
給付金等の受取口座				銀行名	銀行			支店名	支店									
				口座番号	普通					=注意=								
				口座名義	カタカナで記入						* 本人名義に限る * 旧姓は不可							
保険料の払込方法				① 年払い		② 毎月払い												

健康保険 被扶養者届【任意継続資格取得時】

引き続き、被扶養者となる方がある場合は、下記に記入してください。

被扶養者欄	被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	居住区分	備考
	フリガナ	S・H・R	年 月 日	男・女	同居・別居	
	被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	居住区分	備考
	フリガナ	S・H・R	年 月 日	男・女	同居・別居	
被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	居住区分	備考	
フリガナ	S・H・R	年 月 日	男・女	同居・別居		

上記のとおり申出します。

なお、申出にあたり、以下の内容について同意します。

- ・保険料の納付期日までに入金の確認が取れない場合、健康保険組合が資格喪失の手続きをとること
- ・資格を喪失した時はただちに健康保険組合に保険証を返納すること
- ・氏名・住所変更が生じた場合、5日以内に健康保険組合に届け出ること

法政大学健康保険組合 理事長 殿

受付印

令和 年 月 日

被保険者の氏名

印

ご記入いただいた個人情報は、「法政大学健康保険組合が保有する個人情報の利用目的の公表について」に記載された目的以外には使用いたしません。