

健康 保 組 合 使 用 欄	常務理事	事務長	担当者	受付月日	NO.
					<b>【健保使用欄】</b> 再雇用有無 有 ・ 無 資格確認書 枚 高齢受給者証 枚 限度額認定証 枚 資格情報のお知らせ 枚

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険被保険者番号		資格取得年月日 (関電健保加入日)	昭和 平成 令和	年	月	日
資格喪失時の標準報酬月額	円	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日
資格喪失時使用されていた事業所	名 称					
保険料納付方法 (右記1～4のいずれか1つに○印を記入)	1 毎月納付 (口座振替)	「預金口座振替依頼書」を提出してください。				
	2 毎月納付 (振込)	毎月10日が納付期限です。 ※初回のみ関電健保の指定する日 (後日送付の納付書に記載) までに振込してください。				
	3 半年前納 (振込)	納付期限 (後日送付の納付書に記載) までに振込してください。 ・口座振替でのお支払いはできません。 ・任意継続被保険者資格取得日 (退職日の翌日) の当期末日までが納付期限				
	4 1年前納 (振込)	となりますので、申請時期によっては、前納の申し出に添えない事があります。				

**【ご注意ください】初回保険料を納付期限までに納付されない場合は、申請を取消いたします。**

### ＜確 約 事 項＞

下記確約事項を承諾のうえ、申請します。

- 保険料は、貴健康保険組合の定める期日までに必ず納付します。
- 保険料を期日までに納付しなかった場合は、被保険者資格が納付期限の翌日で抹消となる事を了承します。  
その際、貴健康保険組合の保険資格で医療機関等を受診した医療費は、速やかにお支払いすることを約束します。
- 期間満了予定日以前でも、他の健康保険の被保険者になった場合は速やかに手続きを行います。

氏 名		生年月日		昭和 平成	年	月	日	歳
住所	住民票住所 <span style="color: red;">必ず記入してください</span>	(〒 - )						
	現在の居所 ※健保組合からの送付物を発送する住所	(〒 - ) ※上記の住民票住所と同じ場合は記入不要						
電話番号	自宅	( )	-	携帯	-	-		

### ＜給付金振込口座＞

関電健保からの給付金等の振込の際に使用します。本人名義の口座をご記入ください。

1. 民間金融機関名		2. 預金種別 (普通・当座のいずれかに○)		3. 口座番号 (右詰で記入)			
銀行	本店	普通預金					
金庫	支店	当座預金					
組合	出張所						
ゆうちょ銀行は右記へ記入して下さい。		記号		番号 (右詰で記入)			
フリガナ							
4. 口座名義							

【備考欄】
-------

ご記入いただいた個人情報は当該利用目的以外には使用いたしません。