健保組合使用欄	常務理事	事務長	担当者	受付月日	NO.
					【健保使用欄】 再雇用有無　有・無 保険証　枚 高齢受給者証　枚 限度額認定証　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	所在地	

保険料納付方法 （右記1～4のいずれか1つに〇をつけて下さい）	1	毎月納付（口座振替）	「口座振替」を希望される方のみ、併せて「預金口座振替依頼書」を提出して下さい。
	2	毎月納付（振込）	後日送付する納付書により、一般金融機関窓口にて記載されている納付期限までにお支払い下さい。
	3	半年前納（振込）	・前納の「納付期限」は、任意継続被保険者資格取得日（退職日の翌日）の当月末日となるため、資格取得申請書を提出された時期によっては、前納の申し出に添えない事があります。 ・「前納」制度は、「口座振替」でのお支払いはできません。
	4	1年前納（振込）	

【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、申請を取り消しいたします。

確　約　事　項

下記確約事項を順守することを誓い、任意継続被保険者となる事を申請します。

- 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に抹消となる事を了承し、その際は速やかに保険証を返却します。
- 被保険者資格が喪失した後に、貴健康保険組合の保険証を使用して医療機関等を受診した医療費については、速やかにお支払いすることを約束いたします。
- 就職し新たな被保険者となった場合は、速やかに手続きを行い保険証を返却します。
- 任意継続被保険者の法定期間（2年間）満了時は速やかに保険証を返却します。

郵便番号 □□□ ― □□□□

住所

被保険者氏名

ＴＥＬ　（　　）　－　　生年月日　昭和・平成・令和　年　月　日生（満　歳）

↓下記「承諾書」にも必ずご記入・ご署名をお願いします。

承　諾　書

関西電力健康保険組合　御中

貴組合からの給付金等は、下記預金口座へお振り込み下さい。
なお、貴組合からの振り込みをもって当方の代金受領と認め、領収証は貴組合へ発行いたしません。

被保険者氏名　　印

「自筆の場合、押印は省略可」

ご記入いただいた個人情報は当該の利用目的以外には使用いたしません。

1．民間金融機関名		2．預金種別 （普通・当座のいずれかに〇）	3．口座番号（右詰で記入）
銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	普通預金 当座預金	
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）	
4．フリガナ 口座名義			

【備考欄】

令和4年1月改定