

任継 記号・番号	※	—
退職の際の 標準報酬月額	※	千円

※ 健保記入欄

常務理事	事務長	係員

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

被保険者証	記号		番号	
被保険者氏名		性別	男・女	生年 月日
資格喪失日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日
		被扶養者の有無		有 () 名 無
保険料の納付方法 ●いづれか1つに○印を付けてください。 ●更新時も同様の納付方法となります。		1. 毎月払い	2. 2分割前納	3. 一括前納
給付金の 振込先 <注①>	銀行名	銀行	支店名	支店
	口座 番号		名義人	普通
<p>「任意継続被保険者の資格取得を希望される方へ<注②>」の内容および注意事項を十分検討し、承知しましたので、上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒</p> <p>退職後の住所</p> <p>氏名</p> <p>申請者の 電話番号 (自宅) — —</p> <p>電話番号 (携帯) — —</p> <p>※電話に出られない場合には、留守応答設定をお願いします。</p> <p>メールアドレス @</p> <p>住友ファーマ健康保険組合理事長殿</p>				

注① 必ず申請者ご本人名義の口座を記入してください。

注② 健保組合HP-保険証編-会社を退職後、任意継続被保険者になる に掲載しています。

注③ 退職後の住所宛に任意継続の保険証や保険料の納付書等の書類を簡易書留で郵送いたします。

< 健保記入欄 >

資格喪失日	喪失事由	被保険者証
令和 年 月 日	・期間満了 ・他健保へ ・保険料未納 ・死亡 ・75歳到達 ・任意脱退	・返却 () 枚 令和 年 月 日 ・返不能 () 枚 返不能届提出 令和 年 月 日