

決定年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長		担当
資格取得年月日	令和 年 月 日				
資格喪失予定年月日	令和 年 月 日	標準報酬 月額	千円		
記号	901	番号	保険料	円	

## 申請者記入欄

## 健康保険任意継続 被保険者 資格取得申請書

退職前の 被保険者情報	記号 番号	事業所 所 属			
被 保 険 者 氏 名	フリガナ フリガナ	男・女 男・女	資格取得 年 月 日	平成 令和	年 月 日
生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日 (才)	資格喪失 年 月 日 (退職日の翌日)	令和	年 月 日
被 扶 養 者	氏 名	生年月日	続柄	氏 名	生年月日
保険料の納付方法 (いずれかに○)	1.月払い 2.前納・通期・・・～3月分まで 3.前納・半期・・・～9月分、10月分～3月分に分けて納付				

## ◆銀行口座の使用目的

\*保険料の口座振替はしていません

\*医療機関で一部負担額が高額になった場合に自動的に支給するための銀行口座です

被 保 険 者 名 義 の 銀 行 口 座	銀行コード		店番号		フリガナ	
	フリガナ				名義人	
	銀行・信組 信金・農協		支店		口座番号	普・貯・当

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

↓ マイナンバーカードをお持ちでない方、  
マイナンバーカードの保険証連携がまだの方のみチェックしてください。

JVCケンウッド健康保険組合 殿

 「資格確認書」の発行を希望します。

〒 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

申請者 退職後の住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

E-Mail アドレス \_\_\_\_\_

【注意  
事項】

- 任意継続をするには、被保険者期間が2ヶ月以上ある必要があります。
- 資格喪失後20日以内に申請書類を健康保険組合に提出してください。
- 扶養者の有る場合「被扶養者(異動)届」(用紙B-5号)に必要な書類を添付して提出してください。
- ①扶養者に異動(増減)があった ②現住所を変更した ③資格喪失予定年月日満了前に資格喪失したい等、申請時の内容を変更したい場合には、必ず届出をお願いします。
- 保険料を所定期日までに納付されない場合はその翌日より資格が喪失されます。

納付日	令和 年 月 日	納付額	円	納付期間	令和 年 月～ 年 月分
-----	----------	-----	---	------	--------------