

任 継 番 号			

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

常務理事	事務長		担当者

① 健康保険被保険者証 の記号及び番号	—	② 氏 名		③ 生年月日	昭和 年 月 日 (歳)	資格喪失時点年齢			
④ グリオ健康保険組合における 資格取得年月日	昭和 年 月 日 平成	⑤ 資格喪失年月日		平成 年 月 日					
⑥ 資格喪失時の 標準報酬月額	,000円	⑦ 被扶養者の有無	・有 ・無	⑧ 今後の遠隔地証の発行は (現在発行者のみ記入)	・今後も必要 ・不要				
⑨ 資格喪失の際雇用 されていた事業所	名 称								
	所在地								
⑩ 保険料の納付について 右のとおり希望します	1. 1ヵ月ごとに納付する 2. 6ヵ月分一括前納する (4月～9月 : 10月～翌年3月) 3. 12ヵ月分一括前納する (4月～翌年3月) (希望の納付方法の番号を必ず○で囲んでください。)								
⑪ 給付金等の振込先口座 (必ず本人名義の口座を記入)	銀行 名	フリガナ	銀行 信用金庫 信用組合	支 店 名	フリガナ	支 店	口 座 番 号	名 義	フリガナ
健保処理欄 (この欄は記入しないでください)	送 付 日	平成 年 月 日	第1回納付日		平成 年 月 日				

上記のとおり申請します。

〒

平成 年 月 日 申請者の 住 所

氏 名

電話番号

受付日付印

印

- ◆ この届は、資格喪失後 20日以内に提出すること。
- ◆ 被扶養者の 有 の方は、被扶養者異動届および現況届を必ず添付してください。(公的年金受給中の場合は、年金の支払通知書の写しを添付してください。)
- ◆ 遠隔地証が今後も必要な場合は、遠隔地申請書を添付してください。
- ◆ 必要に応じて各種証明書を依頼する場合があります。