**提出先：フランスベッドグループ健康保険組合　行**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 承認済 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|  |  |  |

任意継続被保険者資格取得申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日　　　　　　年　　　月　　　日 | |
| 資格喪失の際の  被保険者の  記号及び番号 | 記号 | | フリガナ | |  | |
| 氏名 | |  | |
| 番号 | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日生  男　・　女 | |
| 住　　　　　　　　所 | 〒  TEL　(　　　)－(　　　)－(　　　)　　携帯　(　　　)－(　　　)－(　　　) | |  | | | |
|  | | | |
| 資格喪失の際  使用されていた事業所 | 名称 |  | | | | |
| 所在地 |  | | | | |
| 資格喪失前の被保険者であった期間 | 自　　　　　　　年　　　月　　　日（入社年月日）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　ヶ月  至　　　　　　　年　　　月　　　日（退職日） | | | | | |
| 資格喪失年月日 | 年　　　月　　　日　　（退職日の翌日） | | | | | |
| 就職の予定  （該当するものに○） | 有り（　　　　年　　月頃）　／　無し  （理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 標準報酬月額 | ※資格喪失の際の標準報酬月額 | | | ※当健康保険組合が公示  した標準報酬月額 | | ※決定標準報酬月額 |
| 千円 | | | **３４０**　　千円 | | 千円 |

**（太枠内を記入して下さい）**

被扶養者（退職時と現況が異なる場合は「健康保険被扶養者(異動)届」が必要です。用紙を送付しますのでご連絡願います。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 住　　　所 |
|  | 年　　月　　日 |  |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |  |
|  | 年　　月　　日 |  |  |  |

健康保険給付金等の振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 銀 行 名 | 支 店 名 | 口 座 番 号 | |
|  |  | 普・当 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険料の納付方法（いずれかひとつを選び、その番号に〇を付けて下さい。） | | | | | |
| １ | 毎月払 | ２ | 半年払（年2回） | ３ | 年払（年1回） |

注）**半年払**：４月（又は任継加入月）～９月までと、１０月（又は任継加入月）～３月（年度末）までの年２回払い

**年　払**：４月（又は任継加入月）～３月（年度末）までの年１回払い

楷書で丁寧にご記入ください。住所は都道府県名よりお書きください

※本申請書の受付は被保険者資格喪失後、**20日以内**に提出願います。