

# 任意継続被保険者 資格取得申請書

旭化成健康保険組合			

被保険者記号・番号	記号 20 番号	組合の名称	旭化成健康保険組合	
資格喪失年月日 〔 資格喪失年月日は退職日の翌日を記入 〕	令和 年 月 日	資格喪失時標準報酬月額	円	
資格喪失時の事業所				
フリガナ	氏名	生年月日	続柄	備考
加入者	本人	昭和・平成 年 月 日	/	
	家族	昭和・平成・令和 年 月 日		
		昭和・平成・令和 年 月 日		
		昭和・平成・令和 年 月 日		
	昭和・平成・令和 年 月 日			

## 誓約書

健康保険任意継続被保険者の資格取得に際し、下記事項を確実に履行いたします。もし、履行しないときは、如何なる処分を受けても異議はありません。

### 記

1. 保険料は、納期内に納入します。（当月分は当月の10日までに納入）
2. 健康保険のある事業所（会社）に働くようになったときは、速やかに申し出ます。
3. 上記2. 以外の理由で任意継続被保険者をやめません。
4. 組合会の決定事項は遵守いたします。
5. 任意継続被保険者の資格がなくなったときは、被保険者証を5日以内に返却します。

上記のとおり誓約の上、任意継続被保険者資格取得申請をいたします。

旭化成健康保険組合 殿

令和 年 月 日

〒 住所

氏名 印 電話

健康保険組合からの給付金等の受取口座を記入してください。

銀行口座	銀行	支店	口座番号	必ず本人名義を記入して下さい
銀行コード	支店コード			

※退職後20日以内に提出してください。 本人 → （延岡）旭化成健康保険組合