年　月　日		
常務理事	事務長	担当者

キリンビール健康保険組合

任意継続被保険者 資格取得申請書

※健保記入欄

任意継続保険 被保険者証	
記　号	番　号
８０１０	

※事業所担当者記入欄

資格喪失年月日（任意継続資格取得日）	これから納入する標準報酬月額	これから納入する1ケ月あたり保険料	退職時標準報酬月額
令和　年　月　日	千円	円	千円

在籍時の被保険者番号		在籍期間（健保加入期間）			
記　号	番　号	自	昭和・平成・令和　年　月　日から	至	昭和・平成・令和　年　月　日まで

勤務していた事業所の名称	勤務していた事業所の所在地

★被保険者の方は、下記1～4の太枠内を記入してください。

1. 任意継続被保険者

任意継続被保険者制度を理解した上で、下記のとおり申請します。

任意継続被保険者の資格を取得されますと、原則として再就職する場合以外脱退できませんのでご注意ください。

申請者氏名	（フリガナ） （氏）	（名）	性別 男 女	生年月日 昭和 平成　年　月　日	年齢 歳
住民票住所	〒　－ 都道府県　市区町村				
※居所	〒　－ 都道府県　市区町村			※住民票住所と居所が同じ場合は記入不要	
電話番号	（　　）	携帯電話	（　　）		

2. 保険給付金受取口座（本人名義のみ）

いずれか1行を選んでご記入ください。

◌	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農協（JA）	本店 支店 出張所	金融機関番号	店舗番号	預金種類	口座番号（右づめでご記入ください）		
					普通			

◌	ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号（右づめでご記入ください）	
		1　　0		

銀行口座は当健保組合から給付金支給時のお振込口座です。
保険料の引落口座ではありません。
保険料はお振込みいただきます。

3. 被扶養者届

任意継続被保険者の資格取得時に被扶養者となられる方についてご記入ください。

フリガナ 被扶養者氏名	性別	被扶養者 生年月日	被扶養者との続柄
	男 女	昭和・平成・令和 年　月　日	
	男 女	昭和・平成・令和 年　月　日	
	男 女	昭和・平成・令和 年　月　日	
	男 女	昭和・平成・令和 年　月　日	

4. 不在時(緊急時)連絡先

別居の親族をご記入ください。

氏名	（フリガナ）	被扶養者との続柄
連絡先住所	〒　－ 都道府県　市区町村	
電話番号	（　　）	

任意継続保険資格取得日の翌日以降に被扶養者となられる方は、別途「被扶養者(異動)届」をご提出ください。

受付年月日

訂正した箇所には訂正印を押印してください。

★被保険者の方へ

- **資格喪失年月日（退職日の翌日）から20日以内に 事業所経由で当健保組合 へ申請書をご提出（必着）ください。**
  （健康保険法 第37条により定められています）
- 資格取得手続きが済み次第「保険料の納付案内」をお送りしますので、初回保険料を納付期限までに必ずお振込みください。
- 申請書が20日以内に届かない場合や、納付期限までに保険料の入金が無い場合には、遡って資格取消となりますのでご注意ください。