

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ヶ月あたり保険料	退職時 標準報酬月額
令和 2年 4月 1日	410 千円	38,950 円	530 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	至
1000	74179	昭和・平成・令和 15年 4月 1日から	昭和・平成・令和 2年 3月 31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	
〇〇〇〇株式会社		東京都 港区〇〇 1-1	

★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・印	(フリガナ) モリ ナガ (氏) 森 永	ススム (名) 進	性別	生年月日	年齢
			男 女	昭和 平成 36年 9月 18日	59 歳
住所	〒164-0001 東京 都道府県 中野 市区町村 中野 4-10-2				
電話番号	03 (6837) 7014	携帯電話	080 (8822) XXXX		

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。

三菱UFJ	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(右つめてご記入ください)
				0005	001	普通	1 2 3 4 5 6
ゆうちょ銀行	通帳記号	※	通帳番号(右つめてご記入ください)	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けます。			
	1	0					

・6桁がある場合は ※欄に記入してください

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	性別	被扶養者 生年月日	被扶養者 との続柄
被扶養者氏名			
モリ ナガ アキ コ	男	昭和・平成・令和	
森 永 晶 子	女	38年 11月 6日	妻
モリ ナガ ユウ ジ	男	昭和・平成・令和	
森 永 裕 二	女	2年 6月 22日	二男
	男	昭和・平成・令和	
	女	年 月 日	
	男	昭和・平成・令和	
	女	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) モリ ナガ ケン ジ 森 永 健 二	被扶養者 との続柄	長男
連絡先 住所	〒171-0031 東京 都道府県 豊島 市区町村 目白 3-1-5		
電話番号	03 (6837) XXXX		

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

★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。