任意継続被保険者資格取得申出書

常務理事	事務長		担当

令和　　年　　月　　日

資格喪失時の被保険者等記号・番号	記号		番号		
社員番号					
氏名	フリガナ				
申請者の住所	〒 自宅Tel　　（　　）　　携帯Tel　　（　　）				
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日　（　）歳		性別	男・女	
メールアドレス （退職後に連絡がとれるもの）	フリガナ				
資格喪失の年月日 （退職日の翌日）	令和　　年　　月　　日				
資格喪失時の事業所名					
給付金等振込先	銀行 信用金庫　　本店 支店 普通　口座番号　　口座名義（カナ）				
保険料の納入方法	1. 毎月ごと	2. 1年分前納	3. 半年分前納		
資格確認書の交付	□ 不要(マイナ保険証を持っている)　□ 必要(マイナ保険証を持っていない)				

被扶養者状況	氏名	生年月日	性別	続柄	住所
		昭平令　年　月　日			
	資格確認書の交付	□ 不要(マイナ保険証を持っている)　□ 必要(マイナ保険証を持っていない)			
		昭平令　年　月　日			
	資格確認書の交付	□ 不要(マイナ保険証を持っている)　□ 必要(マイナ保険証を持っていない)			
		昭平令　年　月　日			
	資格確認書の交付	□ 不要(マイナ保険証を持っている)　□ 必要(マイナ保険証を持っていない)			

※被扶養者状況が現職時と異なる場合、もしくは現職時と同様でも配偶者・子以外の場合、再認定を行いますので「被扶養者（異動）届（増加）」と「その他添付書類」が必要です。

（注）この申請書は資格喪失日から20日以内に健康保険組合に届かない場合は受付できませんのでご注意ください。

※健保記入欄			
	任意継続被保険者等記号・番号		
	資格喪失予定日	令和　　年　　月　　日	
	資格喪失時標準報酬月額	千円	
	決定月額	千円	
	初回保険料納入日		

受付日付印

東和薬品健康保険組合

2025.12.4

誓約書

東和薬品健康保険組合　理事長　様

私は、下記の事項を遵守することを誓約します。

記

↓確認欄にチェックしてください

□ 1　保険料は健保組合が指定する納付期限までに納付します。

□ 2　納付期限内に保険料を納付しなかった場合は、いかなる理由があっても、
納付期日の翌日に被保険者資格が喪失されることに異議の申し立てをいたしません。

□ 3　資格喪失した場合は、速やかに資格確認書を返却します。

□ 4　資格喪失日以降に保険証または資格確認書を使用して医療機関等にかかった場合は、
医療費の健保組合負担分を健保組合に対して返金いたします。

□ 5　就職等で資格を喪失する場合は事前に健康保険組合へ連絡をし、資格喪失申出書を提出します。

以上

令和　　年　　月　　日

住所

氏名

連絡先(TEL)