

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

下記の通り申請します。

年 月 日

常務理事	事務長		係

任意継続被保険者の記号・番号	※9900-		※太枠内記入と誓約書にも署名のこと		
被保険者の記号・番号	1000-〇〇〇〇		氏名 住友 太郎		
退職年月日	R7年8月31日	生年月日	昭・平・令	年 月 日 (才)	性別 男・女
住所 (〒 000 - 0000) ※住民票住所を記載(居所が異なる場合は下段に居所を記入) 新宿区〇〇町〇-〇					
			電話	123 - 3456 - 6789	
			電話	987 - 7654 - 4321	
			メール	tarou.sumitomo @ gmail.com	
被扶養者の有無	有・無 ※被扶養者の異動がある場合は「被扶養者(異動)届」を添付のこと				
緊急連絡先 ※可能な限り上記以外の電話番号の連絡者をご記入下さい。	氏名(フリガナ)	スミモ ハナコ		申請者との関係	電話番号
	住友 花子		妻	000-0000-0000	
保険料の納付方法 ※希望のものを〇で囲む	A. 月払い	(毎月1日～10日に指定の銀行口座に振込)		B. 半期前納〔上半期(又は下半期)の保険料を一括納付〕	
				C. 通年前納〔当年度分の保険料を一括納付〕	
資格取得の年月日	平・令 年 月 日		資格喪失の際の標準報酬月額 千円		
資格喪失の年月日	令和 年 月 日				
資格喪失の際使用されていた事務所	名 称	住友不動産ステップ株式会社			
	所 在 地	東京都新宿区西新宿2-6-1			
資格喪失の際の組合の名称		住友不動産ステップ健康保険組合			
任継取得の年月日	令和 年 月 日		標準報酬月額 千円		
任継喪失(予定)日	令和 年 月 日				
納入済保険料	健康保険料 _____ 円 () 月分				
	調整保険料 _____ 円				
	介護保険料 _____ 円			合計保険料 _____ 円	

別紙の留意事項をご確認の上、下記誓約書に署名してください

誓 約 書

私は、この度任意継続被保険者資格を取得するにあたり、別紙の留意事項を承知の上、次の事項を遵守することを誓約します。

- 保険料の納付期限を厳守します。納入遅延により資格喪失となっても、異議を申しません。
- 資格喪失時、資格確認書を保有している場合は直ちに住友不動産ステップ健康保険組合に返却致します。
- 万一、資格喪失日以降に受診した医療費を、住友不動産ステップ健康保険組合から請求された場合、責任をもって速やかに支払います。

住友不動産ステップ健康保険組合理事長 殿

〇〇 年 〇 月 〇 日

氏名 住友 太郎