常務理事	事務長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

提　出　日	年　　月　　日

資格喪失（退職）時の記号・番号	記　号	番　号	フリガナ		性　別
			氏　　名		男　・　女
住　　所 電話・携帯番号	〒 TEL　　携帯番号				
資格喪失日(退職日の翌日)	R　　年　　月　　日		生年月日	S・H・R　　年　　月　　日	
退職時の事業所名					

被扶養者の氏名の認定について、引き続き被扶養者として申請する方はお名前を記入して下さい。

※ご記入のない被扶養者は削除となります。
※新たに被扶養者の申請を行う場合は、別途手続きが必要となります。

被扶養者の氏名（フリガナ）	性　別	生　年　月　日	続　柄
	男　・　女	S・H・R　　年　　月　　日	
	男　・　女	S・H・R　　年　　月　　日	
	男　・　女	S・H・R　　年　　月　　日	

保険料の納入方法を下記から選んでください。

保険料納付方法(選択制)	① 毎月納付	② 半年前納 (4～9月分/10月～翌年3月分の2回納付)	③ 1年分前納 (～翌年3月まで)

【誓 約 事 項】

・私は、任意継続被保険者資格にかかる保険料について、その納付額を**毎月10日（10日が土・日曜日又は祝日の場合は翌営業日）**までに遅延なく納めることを、ここに誓約します。
・万一、保険料の納付が遅延し、指定された納付期限までに貴健康保険組合で確認できなかったときは、納付期限の翌日から任意継続被保険者資格を喪失させることに同意するとともに、ただちに被保険者証等を返却します。
・資格喪失後に被保険者証等を使用した場合の医療費返還請求等にも速やかに応じます。
・この届出については、①又は②の要件を満たしたものであることを認めます。
①申請者本人（被保険者）が作成したものである。
②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

コムシスホールディングス健康保険組合理事長　殿

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注意事項
1.この申請書の提出期限は退職日の翌日から20日以内です。提出期限を過ぎますと資格取得できませんのでご注意ください。
2.最初の保険料を組合の納付期限までに納入しなかったときは、任意継続被保険者とならなかったものとみなします。

※この欄は記入しないでください　健保記入欄				
	任意継続　記号・番号			
	資格取得日	R　　年　　月　　日		
	資格喪失予定日	R　　年　　月　　日		
	決定標準報酬月額	千円		
	退職時標準報酬月額	千円		
	保険料月額	円		
	初回納入金額	円		
	納付書送付日	/	保険料入金日	/
	納付書期限日	/	資格確認書発送日	/

受付日付印

コムシスホールディングス健康保険組合

R7.1版