

健康保険任意継続被保険者資格

取得
 変更
 喪失

申請書

★取得申請書 提出先:事業主
 (事業主経由にて資格喪失日より20日以内に健保必着)

★変更・喪失申請書 提出先:三菱ケミカル健康保険組合

★太枠内を記入ください。訂正は訂正箇所を2重線(=線)で削除し訂正願います。

提出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

被保険者記号	被保険者番号(7桁)	氏名				生年月日		標準報酬月額		
		820				年	月	日	退職時	決定標報
						<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成				千円

任意継続資格 取得・喪失 年月日	退職の際に勤務していた事業所		申請理由	
令和 年 月 日	所在地		取得	<input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他(雇用契約変更等)
■資格取得日は退職日・契約終了日の翌日を記入 ■資格喪失日は ・他保険加入日を記入 ・死亡日の翌日を記入 ・申出による脱退は健保組合書類受理日の翌月1日	名称		喪失	<input type="checkbox"/> 再就職 <input type="checkbox"/> 被保険者死亡 <input type="checkbox"/> 後期高齢者該当 <input type="checkbox"/> 申出による脱退

— 【変更の場合】変更箇所のみ記入 / 【喪失の場合】以下記入不要(但し、住所・電話番号に変更がある場合は記入)—

保険料の納付方法
▼ご希望の納付方法の番号に✓印をつけてください。
<input type="checkbox"/> 1- 12ヶ月前納:年1回払い <input type="checkbox"/> 2- 6ヶ月前納:年2回払い <input type="checkbox"/> 3- 月払い
※納付方法を変更する際にご記入ください。
令和 年 4月分 より納付方法を変更します。

被扶養者氏名	続柄	生年月日	備考
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	

▲ 在職時と比較して、扶養家族に増・減がある場合は、別途「被扶養者(異動)届」および「現況届」を一緒に提出してください。

被保険者の住所	〒 — — —		
電話番号	(市外局番から記入)	—	—

ゆうちょ銀行以外の金融機関	銀行名		銀行
	コード		
	支店名		支店
	コード		
	預金種類	1 ※預金種類「1」は普通 及び 総合口座を示します。	
	口座番号		右つめで記入
口座振替依頼書を金融機関窓口で手続きしましたか(ネット銀行は除く)(手続きをされたら✓を記入→)		手続き済	<input type="checkbox"/>

ゆうちょ銀行	銀行名	ゆうちょ	銀行
	コード	9900 (固定)	
	記号	1 0 ※	5桁のうち3桁を記入ハイフンの後に数字6桁目がある場合は※欄に記入
	健保記入欄	8	
	預金種類	1 ※預金種類「1」は普通 及び 総合口座を示します。	
	番号		末尾の「1」が右端になるように記入 ↑

【事業所ご担当者様】

標準報酬月額は最新のものを記入してご提出ください。添付書類・記入漏れをご確認の上、事業所担当者欄に押印またはご記名ください。

受付年月日

事業所担当者	保険証変更日	担当者	事務長	常務理事