

オムロン健康保険組合理事長 様

(秘密)

下記のとおり申請します。

令和 年 月 日

常務理事	事務長	担当
------	-----	----

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

被 保 険 者	証記号	証番号	最終事業所(会社)名称(略称可)	資格喪失日(退職日の翌日)
				令和 年 月 日
	カナ		性別	生年月日
	(姓)	(名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日
	住所 〒	-		
	電話(自宅)	携帯電話(ご在宅でないことが多い方はご記入下さい)		
	() -	() -		
	メールアドレス	-----		
	再就職を予定している、または確定している場合記載願います	事 業 所 欄	喪失時の標準報酬月額	
	<input type="checkbox"/> 再入社 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 確定 令和 年 月 日		千円	
保険料 自動振替 銀行口座	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所		
口座番号 (普通)	口座名義(カナ)			
保険料支払い方法(いずれかを選択) ※半年払・年払を選択できるのは「任意継続保険」を 期間満了まで(2年間)継続見込みの方が対象です。				
<input type="checkbox"/> 毎月払 <input type="checkbox"/> 半年払(半年分前納) <input type="checkbox"/> 年払(1年分前納)				
以下は被扶養者の認定申請を行う場合にご記入ください				
被扶養者の状況 が退職前と変わりますか?	<input type="checkbox"/> 変わらない → 本申請書と共に「被扶養者(異動)届」を提出。 (「現況届」および添付書類は不要)			
	<input type="checkbox"/> 変わる → 変更の内容を「被扶養者(異動)届」、「現況届(18才以上)」に記載し 本申請と共に提出。(添付書類は「被扶養者(異動)届」裏面参照)			
備考				
(注)	(健康保険組合記入欄)			
1. 申請資格は喪失前被保険者期間が継続して2ヶ月以上あること。	資格取得日	年 月 日		
2. 提出期限は喪失後20日以内。	資格喪失日	年 月 日		
3. 振込口座は給付が生じた時に必要となるため、必ず記入してください。	喪失時の標準報酬月額		千円	
4. オムロングループ再入社または他社への就職が確定している時は、再就職 予定の欄に記入してください。(社会保険がつかない就職の場合記載不要)	任意継続取得時の報酬月額		千円	
5. 連絡事項等は備考欄に記入願います。				
任意継続被保険者証 記号・番号	40-			