事務長	部長・代理	課長・代理	係長	係	決裁

提出日	令和	年	月	日

任意継続被保険者資格取得申請書

受付印

□の中に記入または○をつけてください。 □は記入しないでください。

任意継続記号・番号	記号	4	0	4	番号				

氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日	被扶養者	有・無
住所等	〒　　－ 自宅　－　－ 携帯　－　－										
退職時の事業所名			退職時の保険証の記号・番号（右づめ）	記号		番号					
資格喪失年月日（退職日の翌日）	令和	年	月	日							
給付金の振込指定先	農協・信連 銀行・信金		支店・支所 出張所		普通	口座番号（右づめ）					
	金融機関コード		支店コード		1						
保険料の納付方法 ※○をつけてください	1. 年度分（取得月～翌3月）前納 2. 半期分（前期：4月～9月、後期：10月～翌3月）前納 3. 月単位納付				備考						

上記のとおり申請いたします。
なお、保険料の納付期限までに健保で入金が確認できない場合、資格喪失の手続きをとることに同意いたします。

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

健保記入欄	標準報酬月額	千円	納入日	令和	年	月	日	高齢受給者証	有・無
								限度額適用認定証	有・無

（注）
1 この届は、勤務先を退職してから20日以内に健保組合に届くよう提出してください。期日を過ぎた場合の申請は受理できません。（健康保険法第37条）
2 被扶養者を申請する者は「健康保険被扶養者異動届」等を添付してください。
3 この届により得た情報につきましては健康保険の保険料徴収・健康保険被保険者証の発行等健康保険業務目的以外には利用いたしません。
4 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）
5 お問い合わせは健康保険組合業務課までご連絡ください。

静岡県農業団体健康保険組合