

任意継続被保険者資格取得申出書

アクセンチュア健康保険組合 理事長 殿

常務理事	事務長		係

R2 年 5 月 25 日

資格喪失時の 記号・番号	記号	100	番号	00000			
氏名	フリガナ	ケンポ タロウ					
		健保 太郎					
申請者の住所	〒	151-0051					
		東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇					
	自宅Tel	03 (1234) 5678	携帯Tel	090 (9876) 5432			
生年月日	S55年	10月	15日	(39)歳	性別	男	女
メールアドレス (退職後に連絡がとれるもの)	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp						
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	R2年5月21日						
資格喪失時の所属会社名	株式会社〇〇〇〇						
資格喪失時の所属部署名	〇〇支店						
給付金等振込先	〇〇〇	銀行	〇〇	本店			
	信用金庫	〇〇	支店				
	普通	口座番号	1234567	口座名義(カナ)	ケンポ タロウ		
保険料の納入方法	1. 毎月ごと 2. 1年分前納 3. 半年分前納						
保険料の納入期日までに入金の確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとる事に同意致します。							
被保険者氏名 健保 太郎							
被扶養者 状況	氏名	生年月日	性別	続柄	住所		
	健保 花子	S50年12月16日	女	妻	東京都渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇		
	健保 桃子	H17年9月4日	女	長女	同上		
		年 月 日					
		年 月 日					

(注) 1. この申請書は資格喪失日から20日以内に健康保険組合に届かない場合は受付できませんのでご注意ください。

個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)	
備考	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点

※健保 記入欄	任意継続被保険者証 記号・番号	
	資格喪失予定日	令和 年 月 日
	資格喪失時 標準報酬月額	千円
	決定月額	千円
	初回保険料納入日	

受付年月日

【郵送先】〒151-0051東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-12 S-FRONT代々木2F
(株)パリュールHR 健保事務処理センター アクセンチュア健康保険組合係

20230301