

事業所コード
9900

事業所担当印

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

被保険者（申請者）情報	勤務していた時に使用していた被保険者の記号	18	番号	1112345	生年月日	年	月	日
	ふりがな	こすも たろう			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	X	X	X
	氏名	コスモ 太郎			<input checked="" type="checkbox"/> 平成	X	X	X
	居所住所	〒	—	電話番号	()	変更予定(住所・氏名)	
	住民票住所	〒	—	携帯番号	()		
	緊急連絡先※	〒	—	電話番号	()	氏名・関係	

緊急連絡先は必ずご記入ください。

※被保険者と連絡が取れない場合に健保組合から連絡をさせていただくことがあります。

勤務していた事業所の名称	コスモ石油(株)	所在地	東京都港区芝浦1-1-1
--------------	----------	-----	--------------

資格喪失年月日 ※退職日の翌日	令和 年 月 日	被扶養者	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
--------------------	----------	------	--

「有」の場合は「被扶養者(異動)届」と必要書類をご提出ください。

銀行口座	銀行コード	銀行名	支店コード	支店名	普通	口座番号(左詰め)
	0009	三井住友銀行	679	浜松町支店	当座	X X X X X

上記の口座は、健保組合が給付金等を振り込む口座です。

保険料の納付方法	毎月納付	半期前納(6か月)	一括前納(12か月)	保険料の前納(半期・一括)を希望する場合は「保険料前納申出書」の提出が必須です。
----------	------	-----------	------------	--

誓約書

任意継続被保険者資格取得申請にあたり、下記事項を厳守することを誓約いたします。

記

- 毎月納付を選択した場合の保険料は、定められた納付期日(毎月10日、10日が土日祝日の場合は翌営業日)までに納付し、未納の場合には任意継続被保険者の資格を喪失することを了承いたします。(法第38条)
- 任意継続被保険者の資格を喪失したときは速やかに被保険者証もしくは資格確認書を返納いたします。任意継続被保険者資格喪失後に弊健保の資格で医療機関等を受診した場合、コスモエネルギーグループ健康保険組合からその療養の給付額の請求を受けることに異議を申し立てません。

以下部分も署名・捺印をお願いします。↓ 以上

申請日 令和 年 月 日

コスモエネルギーグループ健康保険組合 理事長殿

氏名

決定標準報酬月額	喪失時標準報酬月額	健保受付年月日
千円	千円	
一般保険料	円	
介護保険料	円	
合計	円	

常務理事	事務長	係