

保険料前納申出書

私は以下の注意事項を了解した上で健康保険任意継続被保険者の保険料の前納を希望します。
なお、前納を希望する期間は下記の1または2に付した○印の期間です。
(介護保険該当者『40歳～64歳の被保険者』は、介護保険料を含みます。)

記

- 半期前納** (前期 4月～9月、後期 10月～翌年3月)
1 回目の納付は資格取得の翌月から9月分まで
2 回目以降は毎回6ヶ月分の保険料
(9月から翌年3月の資格取得者の1回目の納付は資格取得の翌月から翌年3月分まで)
- 一括前納** (一括 4月～翌年3月)
1 回目の納付は資格取得の翌月から翌年3月分まで
2 回目は12ヶ月分の保険料
(3月以前に資格喪失する場合は、資格喪失月の前月分まで)

※上記1または2を○で囲んでください。

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 御中

被保険者の記号 番号
〒
住 所
氏 名
電 話 ()
携帯電話 ()

印

【注意事項】

この申出により任意継続保険が終了するまで上記で選択した期間で納付して頂きます。

前納した保険料は、以下喪失理由の場合返金を行いますので、速やかにご連絡ください。

- 再就職により他の健康保険に加入した場合
- 被保険者本人が死亡した場合
- 被保険者が資格喪失の希望を申し出て健保が受理した場合

<健康保険組合使用欄>

コスモエネルギーグループ健康保険組合

*任意継続取得年月日

*入金日

常務理事	事務長	担 当

納付日付印