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

	勤務していた時に	記号	番号		生年月日		年	月	日
被 保 険	使用していた被保険者証の	1	.8 –	1112345	□ 昭和□ 平成	X	X	x x	X X
者	ふりがな	こす	も たろう				変	更予定(住席	所・氏名)
申	氏名	٦;	スモ 太郎		性別男・	女			
請	0.74	₹	_	電話番号	())		
者	住所								
)									
情	57 在 本 4 4 1 1 1	=	_	電話番号	())		
報	緊急連絡先※		緊急連絡先は必ずる	ご記入ください。		氏名 • 関			

※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。

	不 版	- 连幅 // 4X10	/ない物口に	- 医	コルり生品で	0 6 C C C C C C C C C C C C C C C C C C	<i>a</i>)			
勤	勝していた	コフエフ	二、十 (4年)			所在地	市古初进区英法 1	1 1		
事	事業所の名称	コスモ1	コスモ石油(株)			所住地 東京		都港区芝浦1-1-1		
資	格喪失年月日	令和	年		П					
% i	退職日の翌日	77 作山	午	月	日	被扶養者 無·	有	は「被扶養者(異動)届」と		
					_		少 少 必 要 書 類 を こ	提出ください。		
銀行	銀行コード	銀	銀行名		支店コード	支 店 名	普通	口座番号(左詰め)		
口座	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、	健保組合が終	合付金等を	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)



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

- 1. 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)
- 2. 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を返納いたします。 任意継続被保険者資格喪失後に保険証を使用した場合、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。

コスモエネルギーグループ健康保険組合 理事長殿

以下部分も署名・捺印をお願いします。↓ 中請日 令和 年 月

氏名

常務理事 事 務 長 係

決定標準報酬	州月額	喪失時標準報酬月額
	千円	千円
一般保険料		円
介護保険料		円
合 計		円

健保受付年月日

以上

(F)