

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担 当 |
|      |     |     |

健康保険任意継続被保険者資格取

和暦をご自身で  
ご記入ください。

|                  |     |     |
|------------------|-----|-----|
| 健<br>保<br>記<br>入 | 記 号 | 番 号 |
|                  | 999 |     |

記入見本

記入日 和暦（令和） 1 年 5 月 8 日

|                       |                                        |                          |     |                           |                                                                                   |                           |                                    |            |   |                                                                  |       |   |   |   |  |
|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------|-----|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|------------|---|------------------------------------------------------------------|-------|---|---|---|--|
| 申<br>請<br>者<br>記<br>入 | フリガナ                                   | ケンポ タロウ                  | 性別  | 生年月日                      |                                                                                   | 資格取得の年月日（退職日の翌日）          |                                    | 在職中の記号・番号  |   |                                                                  |       |   |   |   |  |
|                       | 氏名                                     | 健保 太郎                    | 男・女 | 和暦（記入）<br>昭和 52 年 2 月 1 日 |                                                                                   | 和暦（記入）<br>令和 〇 年 4 月 27 日 |                                    | 〇ー××〇〇     |   |                                                                  |       |   |   |   |  |
|                       | 住所                                     | 〒 198-0822<br>●●市△△3-5-8 |     |                           |                                                                                   | 自宅電話                      | 〇〇-〇〇                              |            |   | 被扶養者の有無                                                          |       |   |   |   |  |
|                       |                                        |                          |     |                           |                                                                                   | 携帯電話                      |                                    |            |   | 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> |       |   |   |   |  |
|                       |                                        |                          |     |                           | 有の場合は、被扶養者異動届提出                                                                   |                           |                                    |            |   |                                                                  |       |   |   |   |  |
|                       | マイナ保険証の有無                              |                          |     |                           | ある <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>                |                           | 保険料の納付について、加入月後の納付方法を下記から選択してください。 |            |   |                                                                  |       |   |   |   |  |
|                       | ご本人、ご家族、マイナ保険証がない場合は「資格確認書申請書」も提出ください。 |                          |     |                           | ① 毎月納付                                                                            |                           |                                    |            |   |                                                                  |       |   |   |   |  |
|                       | JEOLポータル登録済                            |                          |     |                           | 済 <input checked="" type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> ←まだの方は登録をお願いします。 |                           | ② 年度末(3月)まで納付                      |            |   |                                                                  |       |   |   |   |  |
|                       | (医療費のお知らせなど)                           |                          |     |                           | 今後納付書やお知らせ送付をJEOLポータル利用予定です                                                       |                           | ③ 上期分(9月まで)と下期分(10～3月まで)に分けて納付     |            |   |                                                                  |       |   |   |   |  |
|                       | 退職日に在職していた<br>会社名                      |                          |     |                           | 〇〇〇株式会社                                                                           |                           |                                    |            |   |                                                                  |       |   |   |   |  |
| 保険給付金等の<br>振込先（本人名義）  |                                        |                          |     | 銀行                        |                                                                                   | 本店                        | 種 目                                | 口座No.（右ヅメ） |   |                                                                  | 店舗No. |   |   |   |  |
|                       |                                        |                          |     | 信用金庫                      |                                                                                   | 支店                        | 1. 普通                              | 1          | 2 | 3                                                                | 4     | 5 | 6 | 7 |  |
|                       |                                        |                          |     | 信用組合                      |                                                                                   | 出張所                       | 2. 当座                              |            |   |                                                                  |       |   |   |   |  |

※保険料の自動引き落としは不可能です。この口座は健保組合から振り込む場合に利用しますので2年間解約しない口座をご記入ください。

日本電子健康保険組合  
R7.2

【収集する個人情報について】 本申請書に記入された個人情報は、本申請書に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

|                       |                  |                  |    |    |       |   |   |     |         |
|-----------------------|------------------|------------------|----|----|-------|---|---|-----|---------|
| 健<br>保<br>記<br>入<br>欄 | 資格喪失時の<br>標準報酬月額 | 任意継続決定<br>標準報酬月額 | 変更 | 変更 | 保険料月額 |   |   | その他 | 資格喪失予定日 |
|                       |                  |                  |    |    | 一般    | 円 | 円 |     |         |
|                       |                  |                  |    |    | 調整    | 円 | 円 |     |         |
|                       |                  |                  |    |    | 介護    | 円 | 円 |     |         |
|                       |                  |                  |    |    | 合計    | 円 | 円 |     |         |
|                       | 千円               | 千円               | 千円 | 千円 |       |   |   |     | 年 月 日   |