健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

常務理事	事務長	部長	課長	係長	担当者

※記号		※番号		※取得日	令和　　年　　月　　日

在職時の情報	被保険者等			氏　名(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生　年　月　日	年　齢
	記号		番号		昭・平　　年　　月　　日	歳
	事　業　所　名　称			事　業　所　所　在　地		
	資格取得年月日(入社日など)		資格喪失年月日(退職日の翌日)		資格喪失時の標準報酬月額	
	昭・平・令　　年　　月　　日		令和　　年　　月　　日		千円	

金融機関	給付金の受取口座(ジェフ健保では健康保険料の自動引落は行っておりません)				
	フリガナ	フリガナ	支店コード	口座番号	口座名義(カタカナ)
	銀行 信用金庫	支店			

1.0

上記のとおり申出します。

令和　　年　　月　　日

全国外食産業ジェフ健康保険組合
理 事 長　　殿

〒

住 所

申出者

氏 名　　㊞

TEL　　(　　)

注意事項	
	1.※の欄は記入しないでください。 2.この申出書につぎのものを添えて資格喪失後20日以内に提出して下さい。 ①住民票、扶養者のいる方は世帯全員が記載された省略されていない住民票と被扶養者異動届。 ②健康保険料(喪失した月からこの申出書を提出した月まで1ヶ月又は2ヶ月必要となります。) また、前納割引制度を希望される場合は取得時に申し出てください。 40歳～64歳の被保険者は一般保険料と介護保険料を納付していただきます。 ★お届けいただいた金融機関は当組合からあなたへ振込む保険給付金の口座です。 毎月の保険料は別途納付書によりその都度振込んでいただくことになります。