

# 任意継続被保険者資格取得申出書

SUMI グループ健康保険組合 殿

下記の通り、任意継続被保険者の資格を取得致したく申出ます。

令和 年 月 日提出

資格喪失時の記号・番号																				
個人番号 <small>※記号番号が不明の場合 記入してください</small>																				
社員番号																				
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日																			
資格喪失時の 事業所	事業所 名 称																			
	所 在 地																			
給付金等振込指定先	銀行	支店	普・当	No.																
保険料納入指定区分	1. 毎月ごと 2. 半年分前納 3. 1年分前納																			

## 次の内容に同意の上、任意継続の資格取得を申出ます。

1. 保険料納付期日までに入金確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとることに同意します。
2. 再就職し、他の健康保険組合の被保険者になった時点で資格喪失手続きを速やかに行います。
3. 届出内容に変更が生じたら、速やかに健康保険組合へ届出を行います。
4. 資格喪失後、健康保険を使用した場合、医療費の健保負担分を返還します。
5. 資格喪失の場合、有効な資格確認書がある場合は速やかに返却し、該当日より一切使用しません。

氏名 (自署)

申出者 情報	住 所	〒 - 自宅 ( ) 携帯 ( )																	
	(フリガナ)																		
	氏 名																		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	男・女															
	メールアドレス	@ *個人所有のメールアドレス																	

在職中のときと扶養家族が同じ場合はその氏名を記入してください。  
尚、新規に扶養家族となる方がいる場合には別途「被扶養者異動届」を提出してください。

被扶養者氏名 (フリガナ)	性別	続柄	生年月日
	1. 男		昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日
	2. 女		
	1. 男		昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日
	2. 女		
	1. 男		昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日
	2. 女		

(注) 扶養削除となる方がいる場合は、別途「被扶養者異動届」を提出してください。  
※印の欄は、記入しないでください。

※健保 記入欄	任意継続 被保険者	記号	番号		
	任意継続 資格喪失予定日	令和 年 月 日			
	資格喪失時 標準報酬月額	千円			
	決定月額	千円			
	納付書	保険料入金	資格確認書交付	健保サイト	
	/	/	有・無	/	

受付日付印