理事長	専務理事	常務理事			

神戸新聞健康保険組合　理事長　様

健康保険任意継続被保険者　資格取得申請書

【被保険者が記入する欄】

資格喪失前の事業所名			記号			番号	
ふりがな 被保険者名			性別	男 ・ 女	生年月日	5.昭和 7.平成　年　月　日	
被保険者住所	住民票住所	〒　－					
	居　所	〒　－					
自宅電話番号	（　　）　－			携帯番号	（　　）　－		
金融機関名	銀行・信用金庫 ・（　　）			種別	普通 ・ 他（　　）		
	支店・出張所 ・（　　）			口座番号			
緊急時の連絡先	氏名		続柄		※　緊急時の連絡先は、被保険者以外の方の連絡先を記入下さい	資格確認書発行要否	要 ・ 否
	自宅電話番号	（　　）　－		携帯番号	（　　）　－		
上記のとおり申請します。					令和　年　月　日		

◇　住民票の住所と居所が同じ場合は、住民票の住所欄のみ記入ください。

◇　金融機関について、健康保険組合から還付金等があった場合に必要となります。健康保険料の自動引き落としは行っておりません。

◇　資格喪失後（退職後）20日以内に申請書の提出がなければ任意継続の申請資格はありません。

◇　任意継続の初回月の健康保険料の納付が期日までにされなかった場合は、正当な理由がない限り最初から任意継続の申請が無かったものとして取り扱う事が法律上で規程されています。

【健康保険組合が記入する欄】

記号	5130	被保険者番号		喪失時標準報酬月額	千円	取得時標準報酬月額	千円
資格取得年月日	令和　年　月　日			喪失予定年月日	令和　年　月　日		
備考							

該当	不該当

受　付　印