

常務理事	事務長	係

任意継続保険者資格取得決定伺

被保険者証の 記号・番号	(記号) 8000	(番号)	報酬月額 千円	保険料 円
被保険者氏名			任意資格取得日	年 月 日
生年月日	昭和・平成 年 月 日		資格喪失予定日	年 月 日
			強制適用資格喪失日	年 月 日

健康保険任意継続 被保険者資格取得申請書

被保険者証の 記号・番号	(記号)	(番号)		
資格喪失の年月日	年 月 日		資格喪失の際の 標準報酬月額	千円
資格喪失の際使用さ れていた事業所				
備 考	予定希望期間 年 月頃迄（2年間が限度です）			

振込先指定口座（保険給付金があった場合に使用します。※被保険者名義の口座に限る。）

金融機関名称	銀行 金庫 信金 本店 支店 農協 漁協 出張所 その他（ ） 本所 支所						
普通預金 口座番号							※左づめでご記入ください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

大日本塗料健康保険組合 理事長殿

申請者 住所
氏名
電 話

〒

誓 約 書

大日本塗料健康保険組合 理事長殿

任意継続被保険者加入に際して、以下のことを誓約いたします。

1. 保険料は毎月10日までに貴組合に納付いたします。
もし、期日までに納付できない場合は被保険者資格を喪失しても異議は申し立てません。
2. 他の健康保険の被保険者資格を取得した場合は、その旨を貴健康保険組合に連絡するとともに、「新保険証の写し」及び「任意継続被保険者証」を速やかに貴健康保険組合にお返しいたします。
3. 国民保険との保険料比較については、自らの責任において行い、国民保険への加入手続きは貴健康保険組合の資格を喪失後に行います。

年 月 日

住 所	〒 □ □ □ - □ □ □ □
氏 名	
電話番号	