# 任　意　継　続
# 資格取得申請書

| 常務理事 | 事務長 | 課　長 | 係　長 | 担当者 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**申出者情報**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 在職時の被保険者記号・番号 | 記 号 | | 番号 | | 資格確認書発行要否 | □ 発行が必要 |
| フリガナ | | | 生年月日 | | 性別 |
| 被保険者 氏名 | | | □ 昭和 □ 平成　年　月　日 | | □ 男 □ 女 |
| 住所 住民票住所 | 〒　－ | | | | |
| 住所 任意継続申込後以降文書等送付先 | □ 同上　〒　－<br>□ 住民票と相違（右に記入） | | | | |
| 電話番号（必須） | 自宅　-　- | | 携帯　-　- | | |
| 資格喪失年月日 | 令和　年　月　日 ※退職日の翌日 | | | | |
| 資格喪失の際の標準報酬月額 | 千円 | 納付先 | 新潟県信用農業協同組合連合会（新潟県信連）<br>本店　普通貯金　口座番号0000239 | | |
| 保険料の納付方法 | 資格取得月（退職日翌日の属する月）の翌月からの納付方法<br>（第一回目保険料について納付書は送付されません。ご自身でお振込みをお願いします。納付先は上記） | | | | |
| | □ 月納する | □ 半年分前納する（加入月～直近9月又は3月） | □ 1年分前納する（加入月～翌年3月） | | |
| 被扶養者申請の有無（いずれかに☑） | □ 無　□ 有（　人）有の場合、下記被扶養者異動届を記入 | | | | |
| 給付金等の振込先口座 | 金融機関名 | 支店名 | 金融機関コード | 店舗番号 | |
| | 農協<br>銀 行・労働金庫<br>信用金庫・信用組合 | 本店<br>支店<br>出張所 | | | |
| | 預金種別 | 口座番号（右詰で記入） | ※健康保険組合から給付金等をお支払いする場合の口座です。<br>保険料は口座引落しではありません。 | | |
| | 普通 | | | | |

**被扶養者欄**

## 健康保険　被扶養者異動届

※退職時に認定を受けていた被扶養者で、任意継続加入後も引き続き扶養する場合は、以下にご記入ください。

| フリガナ<br>漢字氏名 | 性別 | 生年月日 | 続柄<br>例：長男 | 職業<br>（年間収入） | 別居の場合の被扶養者住所<br>（同居の場合は記入不要） | 資格確認書発行要否 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | □ 男<br>□ 女 | □ 昭和<br>□ 平成　・　・<br>□ 令和 | | | □ 同居 〒　-<br>□ 別居 | 発行が必要<br>□ |
| | □ 男<br>□ 女 | □ 昭和<br>□ 平成　・　・<br>□ 令和 | | | □ 同居 〒　-<br>□ 別居 | 発行が必要<br>□ |
| | □ 男<br>□ 女 | □ 昭和<br>□ 平成　・　・<br>□ 令和 | | | □ 同居 〒　-<br>□ 別居 | 発行が必要<br>□ |
| | □ 男<br>□ 女 | □ 昭和<br>□ 平成　・　・<br>□ 令和 | | | □ 同居 〒　-<br>□ 別居 | 発行が必要<br>□ |

## ※ 組 合 使 用 欄（記入しないでください。）

| | | | | | 標準報酬及び保険料 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 記号・番号 | 191　・ | | 前資格期間 | | 報酬月額 | 千円 |
| 資格取得年月日 | 令和　年　月　日 | 取得 | 年　月　日 | | 保険料 | 円 |
| 資格喪失予定年月日 | 令和　年　月　日 | 喪失 | 年　月　日 | | 介護保険料 | 円 |

新潟県農業団体健康保険組合