本　人→ジャックス健康保険組合

決裁	常務理事	事務長	担当者

任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失時	記号・番号	○○ ― ○○○○○	標準報酬月額		円 0 0 0 0 0 0
	資格取得日	昭和・平成○○年　○月　○日	資格喪失日		平成○○年　○月　○日
氏名・性別		健保　太郎　㊞	男・女	生年月日	昭和 平成 ○○年　○月　○日
現在居住する住所		〒150-0013　TEL. 03（5448）0000 東京都渋谷区恵比寿４－１－○○		被扶養者の有無	有・無
転居予定先住所（転居予定日）		〒 （平成　年　月　日頃）			
保険料納入方法（加入翌月～・初年度）		毎月納付	半期前納	全期前納	
任意継続の	記号・番号	※ １２０―	任意継続標準報酬月額	※	
	資格期間	※　平成　年　月　日　から　平成　年　月　日　まで			
備考					

平成○○年　○月　○日　提出

（申請に当たってのご注意）

1. **この申請書は退職した日の翌日より２０日以内に必ず提出して下さい。**
   やむを得ず期日に遅れるときは事前にその事由を申し出て下さい。
2. 任意継続被保険者の資格は、
   (1)原則として２年間です。
   (2)資格喪失は、次の場合に限られ任意に喪失することはできません。
   イ．２年を経過したとき。
   ロ．就職して健康保険・船員保険の被保険者となったとき。
   ハ．被保険者が死亡したとき。
   ニ．保険料を期日までに納付しないとき。
3. ※印欄は記入しないこと。
4. **住民票を必ず添付して下さい。**
5. 扶養家族のある場合は、「被扶養者届」を添付して下さい。
6. 保険料納入方法を前納とした場合、前納の期間が終了するまで就職又は死亡以外の理由での脱退はできません。

※　受付日付印