

常務理事	担当者

健康保険 任意継続被保険者 取得申請書

健康保険証の記号・番号	記 号	番 号
フリガナ		
氏 名		
現 住 所	〒 -	
	退職後結婚のため住所が変わる予定などの場合には、新住所をご記入ください。	
送 付 先 住 所 (該 当 者 の み 記 入)	新しい被保険者証カード等一式をお送りする先として、上記以外をご希望の場合にはご記入ください。 例：退職後しばらくの間実家に帰省するなどの場合は、ご実家あてにお送りすることが出来ます。	
	〒 -	
電 話 番 号 1	携 帯 電 話	() -
電 話 番 号 2	自 宅 ・ そ の 他	携帯電話以外で、必ず連絡を取ることが出来る番号をご記入ください。例：自宅固定電話や実家の電話番号など () -
資格喪失の際に使用されていた事業所名称		
資 格 喪 失 日 <small>資格喪失日とは、退職日の翌日です。</small>	年	月 日
保 険 料 の 納 付 方 法 <small>(い ず れ か ご 希 望 に を し て く だ さ い)</small>	前 納	・ 口座振替 (毎月)
	納付方法は途中で変更することは出来ませんので、ご注意ください。	
扶 養 家 族 は い ら っ し ゃ い ま す か ?	い る	・ い な い
	「いる」とお答えになった方は、ご家族について扶養状況の確認が必要です。PG健保へご連絡ください。扶養状況を確認するための書類をこの申請書とともに提出して頂く場合があります。(問合せ先：078-845-7100)	

健康保険組合使用欄	退職時標報		納付書発送		任意継続被保険者記号・番号 90-	受 付 印
	口座依頼書送		納付期限			
	初回振替日		カード証発行			
	振替保険料 (初 回)					
	口座依頼書受 理					