健康保険　任意継続被保険者資格取得申請書

被保険者情報								
資格喪失時被保険者証	記号		番号		氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		
生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　　年　　月　　日				性別	□ 男 □ 女	被扶養者	□ 有 □ 無
住所	〒　　ー TEL:　　(　　)							
資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日				資格喪失時の標準報酬月額	千円		
保険料の納付方法	□ 毎月納付(口座振替) □ 前納納付(半年分)				□ 毎月納付(現金または振込) □ 前納納付(一年分)			

●「※」欄は記入しないでください。

●任意継続被保険者の資格取得時に被扶養者となる方がいる場合は、下記に記入し必要書類を添付してください。

健康保険　被扶養者届（資格取得時）

被扶養者情報	氏名	性別	生年月日	続柄	年収	同居	備考
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	□ 男 □ 女	□ 昭和 □ 平成　年　月　日 □ 令和		万円	□ 有 □ 無	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	□ 男 □ 女	□ 昭和 □ 平成　年　月　日 □ 令和		万円	□ 有 □ 無	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	□ 男 □ 女	□ 昭和 □ 平成　年　月　日 □ 令和		万円	□ 有 □ 無	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	□ 男 □ 女	□ 昭和 □ 平成　年　月　日 □ 令和		万円	□ 有 □ 無	
	配偶者は申出者の扶養になりますか。	□はい □いいえ →	『いいえ』の場合は、配偶者の年収をご記入ください。		万円		

●被扶養者のうち、マイナンバーの申告をしていない方は備考欄にマイナンバーをご記入ください。

令和　　年　　月　　日提出

※受付日付印

※決裁欄							
伺日	令和　年　月　日	理事長	常務理事	事務長	係		
決裁日	令和　年　月　日						
任継番号							

(2022.4)

任意継続被保険者制度内容確認書

私は、「任意継続被保険者資格取得申請書」の提出にあたり、

事業所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の健康保険事務担当者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

より、任意継続被保険者制度について説明を受けましたので申請します。

記

☐　任意継続被保険者の制度について

☐　任意継続被保険者資格取得手続きについて

☐　任意継続被保険者の保険料について

☐　任意継続被保険者の保険料納入について

☐　任意継続被保険者の資格喪失事由について

☐　任意継続被保険者の被扶養者について

令和　　年　　月　　日

申請人（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険料貯金口座振替依頼書

令和　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿御中

住所
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、群馬県農業団体健康保険組合の保険料の支払いについて、口座振替により支払うこととしたいので、下記の約定を確約の上依頼いたします。

記

１．振替指定口座

金融機関名・店舗名	農協　　支店 支所	金融機関届出印
口座種別・口座番号	普通貯金－	
口座名義	フリガナ	

２．口座振替開始月　　令和　　年　　月

３．口座振替日　　毎月１０日（金融機関が休日の場合は翌営業日）

４．約　　定

（１）　口座引落にあたっては、私に通知することなく依頼された金額を指定口座から引落してください。
なお、貯金規定にかかわらず、貯金通帳及び貯金払戻請求書の提出はいたしません。

（２）　手数料５０円（消費税は別途）を保険料額に加算して引落すことに異議ありません。

（３）　貯金口座の残高が振替日において振替金額に満たないときは、私に通知することなく未決済とされても差し支えありません。

（４）　この貯金口座振替について、仮に紛議が生じても貴組合の責によるものを除き、貴組合には迷惑をかけません。

(2022.4)

金融機関報告書

令和　　年　　月　　日

群馬県農業団体健康保険組合理事長様

住　　所

被保険者氏名

私（被扶養者含む）に貴健保組合から保険給付等の支給があった場合は、下記の口座にお願いいたします。

記

１．　金融機関名：

２．　支店(支所)名：

３．　口 座 番 号：　普通貯金

フリガナ

４．　口 座 名 義：

(2022.4)

健康保険　任意継続被保険者資格取得申請書

記入例

被保険者情報								
資格喪失時被保険者証	記号	901	番号	25	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) アサマ　サブロウ 浅間　三郎		
生年月日	☑昭和 ☐平成 ☐令和　32 年　3 月　28 日				性別	☑男 ☐女	被扶養者	☑有 ☐無
住所	〒　×××－×××× 群馬県××郡××町××番地 TEL：××××（××）××××							
資格喪失年月日	令和　4 年　4 月　1 日				資格喪失時の標準報酬月額	500 千円		
保険料の納付方法	☐毎月納付(口座振替) ☐前納納付（半年分）		☐毎月納付(現金または振込) ☑前納納付（一年分）					

●「※」欄は記入しないでください。

●任意継続被保険者の資格取得時に被扶養者となる方がいる場合は,下記に記入し必要書類を添付してください。

健康保険　被扶養者届（資格取得時）

被扶養者情報	氏名	性別	生年月日	続柄	年収	同居	備考
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) アサマ　イチコ 浅間　イチコ	☐男 ☑女	☑昭和 ☐平成 ☐令和　35 年　1 月　1 日	妻	0 万円	☑有 ☐無	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) アサマ　ニコ 浅間　ニコ	☐男 ☑女	☐昭和 ☑平成 ☐令和　9 年　2 月　2 日	長女	0 万円	☐有 ☑無	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) アサマ　ミコ 浅間　ミコ	☐男 ☑女	☐昭和 ☑平成 ☐令和　11 年　3 月　3 日	二女	0 万円	☑有 ☐無	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 	☐男 ☐女	☐昭和 ☐平成 ☐令和　年　月　日		万円	☐有 ☐無	
	配偶者は申出者の扶養になりますか。		☑はい ☐いいえ → 『いいえ』の場合は、配偶者の年収をご記入ください。		万円		

●被扶養者のうち、マイナンバーの申告をしていない方は備考欄にマイナンバーをご記入ください。

令和　4　年　4　月　3　日提出

※受付日付印

※決裁欄								
	伺日	令和　年　月　日			理事長	常務理事	事務長	係
	決裁日	令和　年　月　日						
	任継番号							

(2022.4)

任意継続被保険者制度内容確認書

記入例

私は、「任意継続被保険者資格取得申請書」の提出にあたり、

事業所●●●●農業協同組合の健康保険事務担当者__△△　△△__様

より、任意継続被保険者制度について説明を受けましたので申請します。

記

☐　任意継続被保険者の制度について

☐　任意継続被保険者資格取得手続きについて

☐　任意継続被保険者の保険料について

☐　任意継続被保険者の保険料納入について

☐　任意継続被保険者の資格喪失事由について

☐　任意継続被保険者の被扶養者について

令和　4 年　4 月　1 日

申請人（署名）　浅間　三郎

保険料貯金口座振替依頼書

記入例

令和　4 年　4 月　1 日

●●●●農業協同組合　御中

住所 群馬県××郡××町××番地
氏名　浅間　三郎

私は、群馬県農業団体健康保険組合の保険料の支払いについて、口座振替により支払うこととしたいので、下記の約定を確約の上依頼いたします。

記

1．振替指定口座

金融機関名・店舗名	●●●● 農協 △△ 支店 支所	金融機関届出印
口座種別・口座番号	普通貯金－ 1234567	浅間
口座名義	フリガナ　アサマ　サブロウ 浅間　三郎	

2．口座振替開始月　令和　4 年　5 月

3．口座振替日　毎月１０日（金融機関が休日の場合は翌営業日）

4．約　定

（1）　口座引落にあたっては、私に通知することなく依頼された金額を指定口座から引落してください。
なお、貯金規定にかかわらず、貯金通帳及び貯金払戻請求書の提出はいたしません。

（2）　手数料５０円（消費税は別途）を保険料額に加算して引落すことに異議ありません。

（3）　貯金口座の残高が振替日において振替金額に満たないときは、私に通知することなく未決済とされても差し支えありません。

（4）　この貯金口座振替について、仮に紛議が生じても貴組合の責によるものを除き、貴組合には迷惑をかけません。

(2022.4)

金融機関報告書

記入例

令和　4 年　4 月　1 日

群馬県農業団体健康保険組合理事長様

住　所 群馬県××郡××町××番地

被保険者氏名 浅間　三郎

私（被扶養者含む）に貴健保組合から保険給付等の支給があった場合は、下記の口座にお願いいたします。

記

1．金融機関名：　●●●●農業協同組合

2．支店(支所)名：　△△支店

3．口 座 番 号：　普通貯金　1234567

フリガナ　アサマ　サブロウ

4．口 座 名 義：　浅間　三郎

(2022.4)