

任意継続被保険者資格取得申出書

常務理事	事務長	担当

資格喪失時の記号・番号		資格取得の年月日	平成・令和	年	月	日	
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)		令和 年 月 日					
資格喪失時の標準報酬月額	※	千円	決定月額	※	千円		
資格喪失時の 事業所名称							
申請者の住民票住所	〒 -					自宅 携帯	() ()
申請者の居住住所 ※住民票住所と同じ場合は記載不要	〒 -						
(フリガナ) 氏名							
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			性別	男・女		
メールアドレス							
給付金等振込指定先	銀行		支店	普・当	No.		
	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合には <input checked="" type="checkbox"/> をお願いいたします。)						

被扶養者を続けて扶養する場合は下記にその氏名等の記載が必要です。
 なお、資格取得にあたり新規に扶養家族を申請する場合は別途「被扶養者異動届(増加)」と「※添付書類」をご提出ください。
 ※添付書類に関しては、対象者の続柄により異なりますのでマイクロソフト健保ホームページにてご確認ください。

被扶養者氏名(フリガナ)	性別	続柄	生年月日	住民票住所 ※被保険者と同じ場合は記載不要
-----	1. 男		昭和・平成・令和 年 月 日	〒 -
-----	2. 女			
-----	1. 男		昭和・平成・令和 年 月 日	〒 -
-----	2. 女			
-----	1. 男		昭和・平成・令和 年 月 日	〒 -
-----	2. 女			

保険料納入指定区分	1. 毎月ごと	2. 半年分前納	3. 1年分前納
-----------	---------	----------	----------

保険料誓約書

私は、任意継続被保険者資格にかかる保険料について、その納付額を指定された納付期限までに遅延なく納めることを、ここに誓約します。
 万一、保険料の納付が遅延し、指定された納付期限までに貴健康保険組合で確認できなかったときは、納付期限の翌日から資格喪失となることに同意します。

被保険者氏名(自筆)

※印の欄は、記入しないでください。

任意継続被保険者 記号・番号	※	9901	※
喪失予定年月日	※	令和 年 月 日	

受付日付印

【送付先】※社内便は黄色のInter Office Mail、社外は書留郵便もしくはレターパックをご利用ください。

社内便の場合:SGT/CC不要/マイクロソフト健康保険組合

社外の場合:〒108-0075

東京都港区港南2-16-3 品川グランドセントラルタワー
 マイクロソフト健康保険組合

マイクロソフト健康保険組合 理事長 殿