

※こちらの申請用紙をご提出前に、当健保(047-305-2340)までご連絡ください。詳しい保険料等ご案内いたします。

任意継続被保険者資格取得申請書

※記入、または☑をしてください

オリエンタルランド健康保険組合			
常務理事	事務長	係員	係員

申請者	被保険者証の 記号と番号	資格喪失前					※加入条件 ・脱退手続きが終了していること ・資格喪失前日まで被保険者期間が2カ月以上あること ・資格喪失日から20日以内に申請書の提出と、保険料を入金していること							
		記号		番号		資格取得年月日					☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日
		任 意 継 続 (任 継)												
		記号	50	番号		任継加入日 (資格喪失年月日)					令 和	年	月	日
	氏名	(フリガナ)					健康保険組合が私の個人番号を以前の 情報から入手することに同意いたします→			同意する ☐				
	住所	〒					保険給付金の振込先(高額療養費等の振込先)							
		平日の日中に連絡が取れる電話番号 ()					銀行名	銀行		支店				
	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日					預金種別	普通	口座番号 (7ケタ)					
	緊急連絡先	氏名	(フリガナ)			続柄	名義 (漢字) (フリガナ)							
		平日の日中に連絡が取れる電話番号 ()												
保険料の納付 について	原則、健康保険組合の指定口座へ直接お振込みをしていただきます (振込手数料は被保険者のご負担となります)					前納制度を利用 しますか→		☐ 希望しない(毎月振り込みする) ☐ 希望する → ☐ ～9月末の半年納付 ☐ ～翌年3月末の1年納付						

申請日	令和	年	月	日	資格確認書 発行要否	必要 ☐	【発行理由を☑】マイナンバーカードの ☐ 未所持 ☐ 返納した ☐ 有効期限切れ ☐ その他	受付日付印
(注意事項) ・加入期間は最長2年間です。 ・2回目以降の保険料は毎月10日に入金してください。 ・2回目以降の振込のご連絡は健保からしませんので、1回目の入金後に送付する 納入告知書に記載されている期限を各自ご確認の上入金してください。 ・住所、氏名、連絡先、緊急連絡先、振込口座の情報に変更があった場合、 加入期間中に他の健康保険組合に加入することになった場合はご連絡ください。 ご連絡後、手続き方法をご案内いたします。								オリエンタルランド健康保険組合 2024/12