

任意継続被保険者 資格取得申請書

※健保組合使用欄

②

1. 被保険者

申請日 (退職日の翌日以降)	令和 年 月 日	フリガナ		性別
被保険者等 記号番号	記号 番号	氏名		男女
生年月日	昭和 平成 年 月 日	資格喪失日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	
資格喪失時使用されていた事業所 (勤務していた会社名)				

2. 被扶養者

注) 戸籍上の氏名を記入してください。

氏名 (フリガナ)	生年月日	性別	続柄	同・別居
	昭和 平成 年 月 日	男女		同居 別居
	昭和 平成 年 月 日	男女		同居 別居
	昭和 平成 年 月 日	男女		同居 別居

3. 保険料納付方法

毎月払い
 半期前納払い
 年間一括払い

4. 健保給付金振込口座

銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店 出張所			
	店番号			
普通・当座	口座番号			

注意:

- ①保険料振替口座・給付金振込口座ともに被保険者名義の口座に限ります。
②初回、2回目の保険料は納付書による振込みとなります。

5. マイナンバーカードの保険証利用登録の有無

有 (「資格確認書」の交付を希望しない)
 無 (「資格確認書」の交付を希望する)

中央ラジオ・テレビ健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり申請いたします。

※健保組合記入欄

任継記号番号	6 6 6 -
資格確認書交付日	令和 年 月 日
保険料初回納付期限日	令和 年 月 日
保険料初回納付日	令和 年 月 日
資格喪失予定日	令和 年 月 日
旧資格確認書回収日	令和 年 月 日
標準報酬月額	千円
取得取消時の確認書回収日	令和 年 月 日

同 意 書

私は、このたび任意継続被保険者の資格を取得いたしましたので、健康保険法の諸法令・規則に定める事項を遵守し、下記の事項について同意いたします。

1. 任意継続被保険者の資格喪失事由に該当したときは、すみやかに資格喪失(申出)届を提出するとともに「資格確認書」が発行されている場合には、本人および家族全員分を返納すること。また、資格喪失後に発生した医療費は返還すること。
2. 初回の保険料を納付期限までに納付しなかったときは、遡って任意継続被保険者の資格が取り消されること。また、その間の医療費について返還すること。
次月以降の保険料は、納付書または口座振替により、納付期限日（原則毎月10日）までに遅滞なく納付すること。納付期限日までに納付しなかったときは納付期限日の翌日に任意継続被保険者の資格を喪失すること。なお、口座振替を停止するときは、前月15日までに連絡のうえ、届出すること。
3. 氏名、住所および電話番号の変更（転居・表示変更）、届出先金融機関を変更したとき、または、被扶養者に異動（就職・結婚・死亡）が生じたときなどは、すみやかに連絡すること。
4. 資格確認書（本人分・家族分）の取扱いには十分注意すること。
5. 申請書等に記載した事項は、生命、身体又は財産の保護のため等緊急に必要な場合を除き、貴組合が「個人情報保護法」に基づき公表している利用目的の範囲内で、利用されること。

中央ラジオ・テレビ健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

〒 _____

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

携帯電話等 _____

メールアドレス _____

(緊急連絡先 氏名： _____ (続柄： _____) 電話番号 _____)

ダウンロード専用 TKD00189

被保険者→中央ラジオ・テレビ健康保険組合→みずほファクター

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 **収** **加**

私が支払うべき料金を預金口座振替によって、代金回収受託会社「みずほファクター株式会社」を通じて支払うことにしたいので、下記の預金口座振替規定を承認のうえ依頼します。(自動払込みの場合を除く)

代金回収受託会社 **みずほファクター株式会社**

①金融機関(除くゆうちょ銀行) ②ゆうちょ銀行(郵便局) のいずれか1つだけ選んで太枠部分のみご記入ください。

申込日 年 月 日

①金融機関(除くゆうちょ銀行)	フリガナ					金融機関 お届出印
	預金者名 (被保険者)					
	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協 労働金庫	金融機関コード	預金種目 (どちらか一方を○)	口座番号 (数字のみで右づめてご記入下さい)	
		支店 出張所	店番号	1. 普通 (総合口座) 2. 当座		
振替日	5日 (金融機関休業日の場合翌営業日)					

【記入・押印について】
はっきりと正確にご記入ください。
(パソコン等による印字は不可)

【口座】
被保険者本人の口座以外
は指定できません。

②ゆうちょ銀行(郵便局)	種目コード	契約種別コード	記号(6桁目がある場合は※欄にご記入ください)	番号(右づめてご記入下さい)
	1	6	6	3
	6	0	1	0
	フリガナ	ゆうちょ銀行 へのお届出印		払込先口座番号 00130-1-14403
通帳名義人 (被保険者)			払込先加入者名 みずほファクター株式会社	
払込日	5日 (金融機関休業日の場合翌営業日)			

【お届出印について】
お届出印が鮮明に押印され
ていない場合、印鑑相違で
受付られない場合があります
ので、しっかりと押印して
ください。

取扱店日附印



預金口座振替規定
(ゆうちょ銀行を除く)

- 銀行・金庫・組合に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払って下さい。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出はしません。
- 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
- この契約を解約するときは、私から銀行(金庫・組合)に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしない限り、銀行(金庫・組合)はこの契約が終了したものと取扱ってさしつかえありません。
- この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、銀行(金庫・組合)の責めによる場合を除き、銀行(金庫・組合)には迷惑を掛けません。
<ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。>

(不備返却先)

〒165-8694 日本郵便 中野北郵便局 私書箱25号 みずほファクター株式会社 決済事業本部
TEL 03-6688-3274 (ユニーカード株式会社内)

金融機関 使用欄	(不備返却事由)	検印
	1. 預金取引なし 2. 記載事項等相違 (店名、預金種目 口座番号、口座名義)	3. 印鑑相違 4. その他
	(備考)	印鑑 照合
		受付印

委託者名 中央ラジオ・テレビ健康保険組合 委託者コード 0 0 3 6 1 3

契約者	フリガナ					
	氏名					
	住所	〒 (TEL - -)				

「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」の印刷、記入等の留意事項

- ・ダウンロード様式の印刷及び記入をする際には、次のことを厳守してください。
 - ① 申込書の規格が以下と合致していること
 - 【大きさ】日本工業規格A4(拡大・縮小印刷をしない)
 - 【紙色】表裏とも白色(印字が黒色)
 - 【紙質】一般的なコピー用紙と同等のもの(感熱紙及びロール紙は不可)
 - ② 必要事項が、筆書(パソコン等による印字は不可)で行われ、お届けの印が押印されていること
 - ③ 申込書の記載内容を改ざんしないこと・またはされていないこと

「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」の手続きについて

- ・ダウンロード様式の申込書は、金融機関の窓口では受付できません。
任意継続・特例退職被保険者の申請書類と一緒に健保組合へお送りください。
- ・口座振替(自動払込)のご利用開始は、お申込みをされてから、2 ヶ月程度かかります。
「初回分保険料」、「2 回目(次月分もしくは前納分)」については金融機関等からお振込みをお願いします。

「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」提出先

〒135-0064 東京都江東区青海1-1-20 ダイバーシティ東京オフィスタワー17 階
中央ラジオ・テレビ健康保険組合 業務部