

健保記入欄									
番号：91-						資格喪失日：和暦	年	月	日
納付期日									
初回：	/		(	月分)	全納：	/			
前期：	/				後期：	/			

常務理事	事務長	係	係

## 健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

① 被保険者等 記号 - 番号(右詰め)																		② 退職した 会社名							
③ 退職年月日 (退職日翌日が資格喪失日)	和暦					年				月															
④ 申請者の連絡先										【日中の連絡先】															
【住所】																									
〒										-															
都・道 府・県										市・区 町・村															
⑤ 申請者の本人口座情報(ファイザー健保からの給付金等の振込先となります。保険料の振替口座用ではありません。)																									
金融機関名(ゆうちょ銀行を除く)										支店名					預金種別			口座番号(右詰め)							
										銀行 金庫 信組					支店 出張所			普通							
⑥ メールアドレス(登録誤りを防ぐため英数のフリガナをお振ください。メールアドレスは健保HPで医療費・支給決定通知をご覧いただくために必要となります。)																									
フリガナ：										@															
										@															
ファイザー健康保険組合理事長殿																									
上記の通り、申請をいたします。																									
										申請年月日					和暦					年 月 日					
										申請者氏名										(被保険者氏名)					

## 【お気を付けいただく点】

- この申請は、**退職後20日以内**にファイザー健康保険組合へ行ってください。**退職前に申請していただくことも可能です。**ただし任意継続被保険者の資格情報のお知らせ等の発送は、退職日翌日以降となりますのでご了承ください。
- 住所・銀行口座・メールアドレスおよびお名前に変更のあったときは、速やかに「変更届」をご提出ください。
- 保険料の自動引き落とし(口座振替)はしていません。**被保険者証と一緒に送付する案内に従って指定銀行へ保険料の納付をお願いいたします。
- 記載をしていただいた銀行等口座名義については「給付金振込」や「保険料返還」のときに使用いたします。
- 記載をしていただいたメールアドレスは健保HPの「医療費通知・支給決定通知」閲覧のため必要な情報となります。  
なお、メールアドレスがない方はその旨ご記入ください。

受付印