

(健康保険組合提出用)

ご本人様控の裏面にある留意事項を承諾のうえ、
申出して下さい。

記入の前に必ず、お読み下さい。

【記入例】

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書 兼 健康保険料・介護保険料納付書送付依頼書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

〒104-0045

東京都中央区築地4-1-1 東劇ビル16階

東京広告業健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者	記号・番号	3000 -	(※記入不要)
	住所	〒104-0045 東京都中央区築地4-1-1 東劇ビル16階	
	氏名	東広 太郎	
	電話番号	03 (6226) 4522 携帯 090 (1234) 5678	

銀行提出用(2枚目)には
銀行印が必要です。

私は、下記により保険料を口座振替により納付したいので、保険料額等必要な事項を、記載した納付書を指定の銀行宛に送付して下さい。

記

指定預金口座等

※種別・口座番号は本人名義のものを記入して下さい。

指 定 口 座	三菱UFJ銀行、みずほ銀行、三井住友銀行、りそな銀行、八十二銀行の本・支店に限ります。 (埼玉りそな銀行、ゆうちょ銀行の取り扱いはできません。)									
	みずほ 銀行 築地 支店									
金融機関コード	店番号	預金種別(どちらかに○)		口座番号(7桁)(右づめで記入ください。)						
0 0 0 1	0 1 5	1.普通 2.当座		1	2	3	4	5	6	7
口座名義人	カタカナで記入して下さい。 トウコウ タロウ									
対象保険料	健康保険料及び介護保険料									
振替納入指定日	各月の10日(休日の場合は翌営業日)									
振替開始予定	令和 〇 年 〇 月納入分から									

銀行確認印

●●銀行
▲▲支店
口座確認
R.O.O.O

指定銀行で確認印を受けて下さい。

記号・番号又は個人番号を記入で結構ですが、
個人番号の記入にご協力下さい。

※この依頼書は、必ず本人から組合に提出し、2枚目は必ず銀行窓口へ提出して下さい。

被保険者記号 100	被保険者番号 1000	事業所名 株式会社●●広告社
個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		事業所所在地 東京都中央区銀座●-●-●
資格喪失日 (退職日の翌日)	令和 7 年 1 月 1 日	取得時の前納制度を希望する場合、9月、3月の何れかに○をして下さい。 9月・3月 までの保険料前納を希望
生年月日	昭和 43 年 4 月 1 日	
性別	男・女	

令和 〇 年 〇 月 〇 日

留意事項を承諾いたしましたので、申出いたします。

申出者
(被保険者本人) 東広 太郎

受付日付印

前納希望者のみ○をして下さい。
前納制度については留意事項で
ご確認下さい。

資格確認書の発行要否

☐ 発行が必要

資格確認書の発行は、以下に該当する場合に限ります。

- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

資格確認書の発行を希望する方は、☒をする前に、発行の要件を満たしているか確認して下さい。

(健康保険組合提出用)

ご本人様控の裏面にある留意事項を承諾のうえ、
申出して下さい。

常務理事	事務局長	課長	課長補佐	係長	扱者

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書 兼 健康保険料・介護保険料納付書送付依頼書

令和 年 月 日

〒104-0045

東京都中央区築地4-1-1 東劇ビル16階
東京広告業健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者	記号・番号	3000 - (※記入不要)
	住所	〒
	氏名	
	電話番号	() 携帯 ()

私は、下記により保険料を口座振替により納付したいので、保険料額等必要な事項を、記載した納付書を指定の銀行宛に送付して下さい。

記

指定預金口座等

※種別・口座番号は本人名義のものを記入して下さい。

銀行確認印
指定銀行で確認印を受けて下さい。

指 定 口 座	三菱UFJ銀行、みずほ銀行、三井住友銀行、りそな銀行、八十二銀行の本・支店に限ります。 (埼玉りそな銀行、ゆうちょ銀行の取り扱いはできません。)			
	銀行		支店	
金融機関コード	店番号	預金種別(どちらかに○)	口座番号(7桁)(右づめで記入ください。)	
		1.普通 2.当座		
口座名義人	カタカナで記入して下さい。			
対象保険料	健康保険料及び介護保険料			
振替納入指定日	各月の10日(休日の場合は翌営業日)			
振替開始予定	令和 年 月納入分から			

※この依頼書は、必ず本人から組合に提出し、2枚目は必ず銀行窓口へ提出して下さい。

被保険者記号		被保険者番号		事業所名	
個人番号		事業所所在地			
資格喪失日 (退職日の翌日)		令和 年 月 日		取得時の前納制度を希望する場合、9月、3月の何れかに○をして下さい。	
生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男・女	
				9月・3月 までの保険料前納を希望	
令和 年 月 日				受付日付印	
留意事項を承諾いたしましたので、申出いたします。					
申出者 (被保険者本人)					
資格確認書の発行要否		資格確認書の発行は、以下に該当する場合に限ります。			
☐ 発行が必要		・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者 ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者			

令和 年 月 日

被 保 険 者	記号・番号	3000 -	(※記入不要)
	住所	〒	
	氏名	 銀行届印	
	電話番号	()	携帯 ()

記

※種別・口座番号は本人名義のものを記入して下さい。

指定口座	三菱UFJ銀行、みずほ銀行、三井住友銀行、りそな銀行、八十二銀行の本・支店に限ります。 (埼玉りそな銀行、ゆうちょ銀行の取り扱いはできません。)											
	銀行											支店
金融機関コード	店番号			預金種別(どちらかに○)		口座番号(7桁)(右づめで記入ください。)						
			1.普通 2.当座									
口座名義人		カタカナで記入して下さい。										
対象保険料		健康保険料及び介護保険料										
振替納入指定日		各月の10日(休日の場合は翌営業日)										
振替開始予定		令和 年 月納入分から										

1. 東京広告業健康保険組合から私名義の納付書が貴行に送付されたときは、私に通知することなく、納付書記載金額を私名義の預金口座から引落しのうえ納付して下さい。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しはしません。
2. 振替日において、納付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)を超えるときは、私に通知することなく、納付書を返却しても差支えありません。
3. この契約を解約するときは、私から貴行ならびに東京広告業健康保険組合に預金口座振替辞退(取消)通知書により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり、東京広告業健康保険組合から納付書の送付がない等相当の事由があるときは、特に申出をしない限り、貴行はこの契約が終了したものと取扱って差支えありません。
4. この預金口座振替について、仮に紛議が生じても、貴行の責めによる場合を除き、貴行には迷惑をかけません。

(本人控え)

ご本人様控

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書
兼 健康保険料・介護保険料納付書送付依頼書(控)
兼 同保険料口座振替依頼書(控)

令和 年 月 日

銀行 支店 御中

被 保 険 者	記号・番号	3000 - (※記入不要)
	住所	〒
	氏名	
	電話番号	() 携帯 ()

預金口座振替に関する約定については、下記をご参照下さい。

記

指定預金口座等

※種別・口座番号は本人名義のものを記入して下さい。

指 定 口 座	三菱UFJ銀行、みずほ銀行、三井住友銀行、りそな銀行、八十二銀行の本・支店に限ります。 (埼玉りそな銀行、ゆうちょ銀行の取り扱いはありません。)			
	銀行		支店	
金融機関コード		店番号	預金種別(どちらかに○)	口座番号(7桁)(右づめで記入ください。)
			1.普通 2.当座	
口座名義人		カタカナで記入して下さい。		
対象保険料		健康保険料及び介護保険料		
振替納入指定日		各月の10日(休日の場合は翌営業日)		
振替開始予定		令和 年 月納入分から		

(預貯金口座振替に関する約定)

1. 東京広告業健康保険組合から私名義の納付書が貴行に送付されたときは、私に通知することなく、納付書記載金額を私名義の預金口座から引落しのうえ納付して下さい。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しはしません。
2. 振替日において、納付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)を超えるときは、私に通知することなく、納付書を返却しても差支えありません。
3. この契約を解約するときは、私から貴行ならびに東京広告業健康保険組合に預金口座振替辞退(取消)通知書により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり、東京広告業健康保険組合から納付書の送付がない等相当の事由があるときは、特に申出をしない限り、貴行はこの契約が終了したものとして取扱って差支えありません。
4. この預金口座振替について、仮に紛議が生じても、貴行の責めによる場合を除き、貴行には迷惑をかけません。

令和 年 月 日
留意事項を承諾いたしましたので、申出いたします。
申出者 (被保険者本人)

資格確認書の発行要否	資格確認書の発行は、以下に該当する場合に限ります。
☐ 発行が必要	・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者 ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

※指定預金口座等を変更するときは、健康保険料・介護保険料口座振替(変更)届を提出して下さい。
※預金口座振替契約を解除するときは、預貯金口座振替辞退(取消)届を提出して下さい。