

任意継続被保険者用

保 険 料 払 方 変 更 届

※現在の払い方を次年度より変更する場合のみ、この届出が必要です

※記号・番号の確認方法や書き方は、記入見本を参照してください

健康保険の資格情報			被保険者氏名		生年月日		記入年月日	
記 号		番 号				令和 年 月 日		
3 0 0 0		10				昭和 平成 令和		
				年 月 日		電話番号		
						- -		
住所		〒 -						
		都 道 市 区 府 県 郡						

下記のとおり保険料の払方変更について届出いたします（該当の払方に○印）

現行の払方 月払 半年 年払	→	次年度の払方 月払 半年 年払
--	---	---

【提出締切】 毎年度1月31日 健康保険組合必着

※払いは年度単位の設定となっています。締切後にご提出された場合、ご希望に沿った変更が出来ない場合があります

※保険料の引き落としが出来ない場合は資格喪失となりますので、十分ご注意ください

健保組合処理欄
入力年月日