

特例退職被保険者用

保険料払方変更届

※現在の払い方を変更する場合のみ、この届出が必要です。

特例退職被保険者証			被保険者氏名		生年月日		記入年月日		
記号		番号		印	昭和 平成	年 月 日	令和	年 月 日	
2	2	2	2				10	電話番号	
住所		〒		都道 府県		市区 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	次年度の払方
月払	月払
半年	半年
年払	年払

【提出締切】 毎年度1月31日 健康保険組合必着

※払方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