

健康保険任意継続被保険者 保険料口座振替・自動払込辞退（取消）届

1	被保険者氏名	(氏)	(名)		
2	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
3	郵便番号		—		
4	住所	都 道 府 県			
5	電話番号	()			

次のとおり保険料を預金口座より振り替えることを辞退したいので届出します。

6	保険料の種類	健康保険任意継続被保険者 保険料			
7	被保険者証の	記号	5	0	
8		番号			
9	金融機関	金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 本店営業部 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 代理店
10		種別	1 : 普通	2 : 当座	3 : 別段
11		口座番号			
12	ゆうちょ銀行	通帳記号	1	0	の
13		通帳番号			
14	辞退年月日	令和	年	月	受付日付印

※ 提出時の注意事項

辞退(取消)届の提出時期により、辞退年月日の保険料を口座振替する場合があります。

15	社会保険労務士の提出代行者名記載欄