235	0/9

決裁		登録	担当

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)	印	被保険者本人が氏名を署名した場合、本人の押印は不要です。
2	生年月日	昭和　平成　　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	左づめ 5 0
8		番号	左づめ
9	金融機関	金融機関名(ゆうちょ銀行を除く)	銀行　信用金庫　信用組合　農協　労働金庫　本店　支店　出張所
10		種別	1：普通(総合)　2：当座
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		平成　年　月

受付日付印

提出時の注意事項

- 口座振替･自動払込を辞退される場合は、お取引先の金融機関へも手続きを行ってください。詳しいお手続きは金融機関にお問い合わせください。
- 辞退(取消)届の提出時期により、辞退年月の保険料を口座振替する場合もあります。

15	社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
		印

全国健康保険協会　届出用