

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

常務理事	事務長	課長	担当者

勤務していた時	被保険者証の 記号・番号	—	※ 500 -							
	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男 女	
	被保険者氏名									
	資格取得年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	資格喪失時の 標準報酬月額	千円	被扶養者 の有無	無 有 ()人	
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日	※任継取得時	※			千円
	事業所名称							扶養家族がある方は「被扶養者 届」に 証明書を添付してください		
	事業所所在地									
申請手続き (✓印をつけてください)	<input type="checkbox"/> 納付書を郵送希望 <input type="checkbox"/> 健保組合に来所		保険料の納付方法 (✓印をつけてください)	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 半年分一括前納 <input type="checkbox"/> 毎月ごと <input type="checkbox"/> 年度分一括前納						
備考										

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

【ご注意】

申請書は資格喪失日から20日以内に提出してください

※印は記入しないでください

「住民票上の住所」と「居所」が異なる場合は、住民票上の住所の下に居所を追記してください

住民票上の住所	〒 —		
氏名	TEL	-	-
	携帯	-	-