

常務理事		係

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

*令和 年 月 日資格喪失予定 (*健保組合にて記入)

資格喪失の際の健康保険被保険者証の記号及び番号	記号一番号	フリガナ		性別	
		氏名		男・女	
* 任継記号一番号	生年月日	昭・平・令	年 月 日	(才)	
資格喪失年月日	令和	年	月	日	(退職日の翌日)
(*健保組合にて記入) * 標準報酬月額	資格喪失の際の標準報酬月額	千円	(一般)		
	健康保険組合理事長が公示した標準報酬月額	千円	(調整)		
	決定標準報酬月額	千円	(介護)		
資格喪失の際使用されていた事業所	名称				
資格喪失前の被保険者であった期間	自	年	月	日	
	至	令和	年	月	日
被扶養者	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	続柄	住所
		昭・平・令 .	男・女		
		昭・平・令 .	男・女		
		昭・平・令 .	男・女		
		昭・平・令 .	男・女		
		昭・平・令 .	男・女		
※被扶養者がいる場合は、収入証明を添付してください。 詳しくは当健保組合までお問い合わせください。					
保険料納付方法 希望する納付方法に○をつけて下さい。	A. 毎月納付 B. 分割前納 C. 全期前納				
上記の通り申請します。 令和 年 月 日 〒 _____ 申請者 住所 _____ 氏名 _____ 電話 _____ F A X _____ 携帯 _____ ★必ずご記入下さい (保険給付等健保組合より振込可能な口座) 振込先: _____ 銀行 _____ 支店 _____ 口座番号: _____ 普通・当座 _____ 名義(被保険者名): _____					