

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－番号	フリガナ		性別	
		氏名		男・女	
* 任継記号－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)	資格喪失の際の標準報酬月額	千円	(一般)		
* 標準報酬月額	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)		
			合計		
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 年 月	
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. 半期前納      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 印 電話 FAX 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)：					