

# 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

★★任意継続制度を希望する場合のみご提出ください★★

資格喪失時の被保険者証記号・番号	—	資格喪失時の事業所 (在籍会社)の名称	
フリガナ		生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
被保険者の氏名			
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	平成 年 月 日	資格喪失時の 標準報酬月額	千 円
資格取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	資格喪失時の 社員番号(7桁)	
退職年月日	平成 年 月 日	被扶養者の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

保険料の納付方法 *希望する納付方法に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください	<input type="checkbox"/> 各月払い	<input type="checkbox"/> 前納6か月(年2回)		<input type="checkbox"/> 前納12か月(年1回)
--	-------------------------------	-------------------------------------	--	--------------------------------------

フリガナ 被扶養者 氏名	続柄	性別	住 所 同居・別居の別	職業(勤務先) 就学先(学年)	年間収入の見込 (異動のあった日より向う1年間)	
					種 類	金額(円)
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
		<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
		<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
		<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
		<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			

平成 年 月 日

上記のとおり申請します。

申請者 千 一  
住 所  
氏 名 ①  
電 話 一 一

《注意》この申請書は、資格喪失の日(退職日の翌日/契約変更日)から20日以内に健康保険組合に到着しなければ、申請が認められませんので提出が遅れないよう注意してください。

資 格 取 得 決 議 欄	資格取得手続決議 H 年 月 日			保 険 料 月 額	一般保険料	, 円	資格取得決定決議 H 年 月 日			
	常務理事	事務長	担当		調整保険料	, 円	常務理事	事務長	担当	
					介護保険料	, 円				
	資格取得予定日				合 計	, 円	保険料納付日		H 年 月 日	
	H 年 月 日				開 始 月	H 年 月	資 格 取 得 日		H 年 月 日	
	標準報酬月額				納付期限	H 年 月 日	保 險 証 記 号 一 番 号		99 —	