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	○○○○○○○株式会社
フリガナ 被保険者の氏名	ケンポ　タロウ 健保　太郎	生年月日	☑昭和　□平成 ○○年○○月○○日
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	☑昭和　□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	☑有　・　□無

保険料の納付方法 ＊希望する納付方法に☑を付けてください	☑各月払い　□前納６か月（年２回）　□前納12か月（年１回）

フリガナ 被扶養者氏名	続柄 生年月日	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）
ケンポ　ハナコ 健保　花子	妻 □大☑昭□平 ○○年○○月○○日	□男☑女	西宮市高畑町○番○○号 ☑同居　□別居	パートタイマー（ヘルシー食品㈱）	給与	805,000
ケンポ　イチロウ 健保　一郎	二男 □大□昭☑平 ○○年○○月○○日	☑男□女	同上 ☑同居　□別居	○○高校生（２年）	給与（アルバイト）	300,000
	□大□昭□平 年　月　日	□男□女	□同居　□別居			
	□大□昭□平 年　月　日	□男□女	□同居　□別居			

平成○○年○○月○○日

上記のとおり申請します。

申請者　〒　○○○―○○○○

住　所　西宮市高畑町○番○○号

氏　名　健保　太郎　（印）健保

電　話　○○○○　―　○○　―　○○○○

≪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。

健保組合使用欄

資格取得決議欄

資格取得手続決議 H　年　月　日		
常務理事	事務長	担当

資格取得予定日　H　年　月　日

標準報酬月額　千円

保険料月額

一般保険料	, 円	
調整保険料	, 円	
介護保険料	, 円	
合計	, 円	

保険料

開始月	H　年　月	資格取得日	H　年　月　日
納付期限	H　年　月　日	保険証記号－番号	99　―

資格取得決定決議 H　年　月　日		
常務理事	事務長	担当

保険料納付日　H　年　月　日