

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失時の 記号・番号		任継被保険者の 記号・番号	※	※		
(フリガナ) 氏名	(男・女)					
生年月日	昭・平 年 月 日生 (歳)					
資格喪失日(退職日の翌日)	令和 年 月 日					
標準報酬月額	資格喪失時の標準報酬月額	千円				
	当組合の平均標準報酬月額	※	千円			
	決定標準報酬月額	※	千円			
資格喪失の際に 使用されていた事業所	名称					
	所在地					
資格喪失前の 被保険者であった期間	自 年 月 日 (年 ヶ月間) 至 年 月 日					
被 扶 養 者	(フリガナ) 氏名	生年月日	性別	続柄	職業	現住所
		昭・平・令 年 月 日生 (歳)				
		昭・平・令 年 月 日生 (歳)				
		昭・平・令 年 月 日生 (歳)				
		昭・平・令 年 月 日生 (歳)				
保険料の納付方法	前納(する ・ しない) → する場合 (9月分まで ・ 3月分まで)					
保険給付金 振込先口座	銀行 支店					
	普通・当座 No.					
	口座名義(カタカナ)					
<p>健康保険任意継続被保険者制度について承知いたしました。</p> <p>なお、定められた保険料の納入については確実に実行いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>住所 〒 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ 印</p> <p>TEL _____</p> <p>E-mail _____ @ _____</p>						

- (注) 1. ※欄は、健保記入欄のため記入しないでください。
 2. 資格喪失日から20日を過ぎると申請できません。
 3. 保険料の額や振込先については、申請書受理後にご案内いたします。