

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	部長	課長	扱者

① 資格喪失時の健康保険被保険者証の記号・番号	記号					番号				
② 資格喪失年月日 (退職した日の翌日)	平成 年 月 日 (任意継続の資格取得日となります。)									
③ 資格喪失の際、勤務していた事業所の名称										
④ 保険料納付方法	保険料納付方法を選択し、○を付けてください。なお、記入のない場合につきましては、月払いとさせていただきます。 また、9月以降取得の方につきましては、②の選択はできませんのでご注意ください。 ① 月払い ② 9月までの前納払い ③ 3月までの前納払い									
備考										

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

⑤ フリガナ _____

〒 _____ ☎ _____ () _____

申 住 所 _____

者 フリガナ _____

の 氏 名 _____ ㊟ _____

(受 付 印)

※欄は記入しないでください。

記号・番号	⑥ 生 年 月 日	⑦年齢	⑧性別	※ 資格取得年月日	※ 資格喪失年月日	※ 標準報酬月額	※ 退職時の標準報酬月額
5000	昭和5 平成7		男1				
	年 月 日	歳	女2	年 月 日	年 月 日	千円	千円

※ 納付方法	※ 一般保険料	※ 調整保険料	※ 介護保険料	※ 合計
月 払				
前納 (~)				