

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)				
保険料の納入方法	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)					
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。						
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。						
令和 年 月 日						
申 請 者	住所	〒 _____				
	氏名	_____ 印				
	TEL	_____				
	E-mail	_____ @ _____				

- (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。