

# 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	課長	係長	担当者

※記号		※番号	
-----	--	-----	--

今まで勤務していた会社の	健康保険被保険者証		氏名(フリガナ) ○○○○ ○○○○		生年月日	年齢
	記号	番号			昭・平 ○○○年○○月○○日	○○歳
	事業所名称			事業所所在地		
	株式会社 ○ ○ ○ ○ ○			○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ - ○ - ○		
	資格取得年月日(入社日など)		資格喪失年月日(退職日の翌日)		資格喪失時の標準報酬月額	
昭・平 ○○○年○○月○○日		平成 ○○○年○○月○○日		○○○ 千円		

上記のとおり申請します。

平成 ○○年 ○○月 ○○日

申請者

住所 〒○○○-○○○○  
○○○○○○○○○○○-○-○

氏名 ○○○○○○○○○○ 印

TEL ○○ (○○○○) ○○○○

**注意事項**

- ※の欄は記入しないでください。
- この申請書につきものを添えて資格喪失後20日以内に申請して下さい。

①住民票、保険給付金振込希望銀行指定届、扶養者のいる方は被扶養者届  
 ②健康保険料(喪失した月からこの申請書を提出した月まで1ヶ月又は2ヶ月必要となります。)  
 また、当該年度分を一括して納付できる前納割引制度を希望される場合は取得時に申し出てください。  
 40歳～64歳の被保険者は一般保険料と介護保険料を納付していただきます。  
 ★①の保険給付金振込希望銀行指定届は当組合からあなたへ振込む保険給付金の口座です。  
 毎月の保険料は別途納付書によりその都度振込んでいただくことになります。