

健康保険任意継続 被保険者資格取得申請書

常務理事	担当	担当	担当

【健康保険組合記入欄】

標準報酬月額	喪失時	千円	決定	千円	保険料	円
--------	-----	----	----	----	-----	---

※任継記号番号	1001 -	氏名				
資格取得	昭和 平成 令和	年 月 日	資格喪失	令和	年 月 日	
任継資格取得	令和	年 月 日	資格喪失予定	令和	年 月 日	
証交付年月日	令和	年 月 日	処理年月日	令和	年 月 日	

【申請者記入欄】

申請者の名	(フリガナ)					性別	男女
申請者の所	〒 -					Tel ()	
生年月日	昭和・平成 年 月 日			被扶養者数	名		
被扶養者氏名	生 年 月 日		性別	続柄	職業	年金・収入	
	昭和・平成・令和 年 月 日						
	昭和・平成・令和 年 月 日						
	昭和・平成・令和 年 月 日						
	昭和・平成・令和 年 月 日						
任継取得月の翌月以降の保険料納付方法	毎月払い ・ 前納 (月分 から 月分 まで か月)						

最後に被保険者として使用されていた事業所	所在地					
	名称					
	所属名		記号番号	-		
	資格喪失日	令和	年 月 日			
	標準報酬月額	千円				

受付印	
-----	--