

受付	記入不要	日
決定		日

決		裁		
常務理事	専務員	課長	係長	担当
記入不要				

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

① *健康保険任意継続被保険者証記号・番号	② * 整理番号	③ * 記入不要	④ * 資格喪失予定年月日	⑤ * 標準報酬月額
記号 番号			年 月 日	千円

被扶養者がいる場合は、被扶養者異動届を添付して下さい。

提出日を記入して下さい。

令和 年 月 日提出		提出日を記入して下さい。							
⑥ 申請者	氏名	フリガナ ケンコウ タロウ 健康太郎	性別	男・女	生年月日	大正 昭和 平成 45年4月3日	被扶養者	有・無	
	住所	〒 フリガナ ○○ケン××シ△△チョウ 123-4567 ○○県××市△△町1-2-3			固定電話	012-345-6789			
⑦ 最後に被保険者として使用されていた事業所	名称	○○株式会社					⑧ 備考	退職前の保険証等に記載の記号・番号を記入して下さい。	
	所在地	○○県□□市○○町1-2-3						退職日の翌日を記入して下さい。	
	健康保険被保険者証記号番号	記号	123		番号	12345			
	最後に被保険者の資格を喪失した年月日	令和7年4月1日							
最後に被保険者の資格を喪失したときの標準報酬月額	記入不要					千円			

受付 確認

- 【注】・「*」欄は記入しないでください。
- 申請時に当月分保険料を納付して頂きますのでご持参ください。
 - なお、申請日が資格喪失日（退職日の翌日）の翌月の場合は2カ月分納付して頂きます。
 - ⑧には資格喪失の日（退職日の翌日）から20日を経過した後に申請書を提出する場合には、遅滞した事由を記入すること。（天災地変、交通スト等正当な事由）