

受付	記入不要	日
決定		日

決 裁	
常務理事	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 —			令和 年 月	

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。

		平成 年 月 日提出						
⑥ 申請者	氏名	フリガナ ケンコウ タロウ 健康太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和 平成 45年 4月 3日	被扶養者届の添付	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	住所	〒 123-4567 フリガナ ケン ××シ △チョウ 〇〇県××市△町1-2-3			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	〇〇株式会社				⑧ 備考	退職前の保険証に記載し てある記号番号	
	所在地	□□県△市〇〇町1-2-3						
	健康保険被保険者証記号番号	記号	番号	123-456789				
	最後に被保険者の資格を喪失した年月日	平成	24年 3月 31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	240		千円				

【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)の翌月の場合または
退職日が20日以降の場合は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)

受付	確認
----	----

)