

受付	年	月	日
決定	年	月	日

決		裁		
常務理事	事務長	課長	係長	担当

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 * 取得年月日	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 日	令和 年 月 日	千円

令和
年
月
日提出

⑥ 申請者	氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日	被扶養者 有・無
	住所	〒	フリガナ	固定電話	—	—	有・無
			携帯電話	—	—		
⑦ 最後に被保 険者として 使用されて いた事業所	名称						⑧ 備考
	所在地						
	健康保険被保険者証記号番号	記号	—	番号			
	最後に被保険者の資格を喪失した年月日	令和	年	月	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	*	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