

健康保険任意継続被保険者資格申請書

常務理事	事務長		担当者

※の項目は記入しないで下さい。

① 旧被保険者証	記号			番号					任意継続 被保険者証	記号			番号				
										1	0	0					
② フリガナ 申請者氏名								⑧ 住所	〒 _____								
③ 生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日			④ 性別	男・女		⑨ 電話番号 (2箇所以上)	自宅	—		—						
⑤ 資格取得年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日			⑦ 被扶養者の有無 (要・異動届)	無・有		⑩ 退職時の 事業所名称										
⑥ 資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日						⑪ 退職時の 事業所所在地										
⑫ 申請者退職時 の標準報酬月 額	千円		当健保組合の 平均 標準報酬月額	千円		申請者の決定 標準報酬月額	千円		任意継続 資格取得年月日			任意継続 資格喪失予定年月日					
								令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日								

証発送	納付	通知

受付日

健康保険任意継続の内容を十分理解したうえで、資格取得を申請します。

⑬

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日