

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険被保険者 証の記号及び番号		第	号		
資格喪失の年月日	令和	年	月	日	資格喪失の際の標準報酬月額
資格喪失の際使用 されていた事業所	名称				
	所在地				
資格喪失の際の管轄都道府県知事又は組合の名称					
保険料納付方法	1. 毎月払 2. 半年前納 3. 一年前納				
備考					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒

申請者の

住 所

電話番号

氏 名

印

※ 扶養家族があるときは、被扶養者届を添付してください。

（無職の妻と16歳未満の子以外は、扶養関係現況書が必要です。）