

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

※太枠の中をご記入ください

申請日		令和 年 月 日		
在職時の被保険者証		記号		番号
資格喪失の年月日		令和 年 月 日		
生年月日		昭和・平成	年	月 日
申請者の	住民票の住所	郵便番号 — 電話番号 — —		
	連絡先住所 (住民票と異なる場合のみ)	郵便番号 — 電話番号 — —		
	氏名			
資格喪失の際使用されていた事業所		名称		
		所在地		
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。

※ 扶養家族があるときは、下記にご記入ください。

氏名	性別	生年月日	続柄	収入	同居・別居
(フリガナ)	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		有・無 年間 円	同・別
氏名	性別	生年月日	続柄	収入	同居・別居
(フリガナ)	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		有・無 年間 円	同・別
氏名	性別	生年月日	続柄	収入	同居・別居
(フリガナ)	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		有・無 年間 円	同・別
氏名	性別	生年月日	続柄	収入	同居・別居
(フリガナ)	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		有・無 年間 円	同・別

健保決定欄(記入しないでください)

記号	200	番号	
資格喪失時の標準報酬月額		千円	
決定標準報酬月額(任継)		千円	
資格取得日	令和	年	月 日
資格喪失予定日	令和	年	月 日
40歳到達	令和	年	月 日
65歳到達	令和	年	月 日
75歳到達	令和	年	月 日

該当する場合のみ

受付日付印