

常務理事	事務長	係

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

(資格喪失日から20日以内に、預金口座振替依頼書と共に提出してください。)

令和 年 月 日
下記のとおり申請します。

被保険者が記入するところ	資格喪失時の健康保険証の記号・番号	記号		資格喪失時に使用されていた事業所	名称		所在地		
	被保険者氏名	(フリガナ)			生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	性別	男 女	
	資格喪失年月日(退職日の翌日)	令和 年 月 日			資格喪失時の標準報酬月額	千円			
	住所	〒							
	電話番号	()							
	給付金振込先	金融機関名	支店名		預金種別	口座番号	口座名義(カカナ)		
					普通 当座		(カカナ)		
	保険料の納付方法	いずれかの数字を○で囲んでください。 1. 毎月納付 2. 半期前納(4月～9月、10月～翌年3月の半期を単位として納付) 3. 全期前納(4月～翌年3月を単位として納付)							
	健康保険法第37条の規定による期限(資格喪失の日から20日以内)を経過した後に申請書を提出する場合に、遅滞した理由を記入してください。								
	退職時の被扶養者で引き続き被扶養者とされる方についてご記入ください。 健康保険被扶養者(異動)届								
	氏名	生年月日			性別	続柄	同居・別居の別	職業	年間収入
	(フリガナ)	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日			男 女		同居 別居	有 無	円
	(フリガナ)	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日			男 女		同居 別居	有 無	円
	(フリガナ)	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日			男 女		同居 別居	有 無	円
	(フリガナ)	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日			男 女		同居 別居	有 無	円
健康保険組合記入欄	記号		標準報酬月額	千円	1ヵ月分の保険料	円	一般保険料	円	
	番号						介護保険料	円	
	資格取得年月日	令和 年 月 日			資格喪失予定年月日	令和 年 月 日			
					資格喪失年月日	令和 年 月 日			
	保険証交付日	令和 年 月 日			保険証回収日	令和 年 月 日			
	初回保険料	連絡日	令和 年 月 日		納付書	令和 年 月～令和 年 月			
納付期限		令和 年 月 日		納付日	令和 年 月 日				
口座振替開始日	令和 年 月 日								