



常務理事	事務長	職員

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

任意継続被保険者証 の記号と番号		記号		資格喪失時の 被保険者証の 記号と番号		記号	
		番号				番号	
フリガナ				生年月日	昭和	年 月 日生	
氏 名					平成		
資格喪失年月日	令和 年 月 日						
標準報酬月額	資格喪失の際の標準報酬月額			千円	資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行を必要とする		
	決定標準報酬月額			千円			
資格喪失の際使用 されていた事業所	名 称					納付方法 毎月・半年・年一括	
被保険者期間	年 月 日 から			年 月 日 まで		被扶養者 の有無	有 ・ 無
被扶養者	氏 名	生年月日	性別	続柄	住 所		資格確認書 発行要否
							<input type="checkbox"/> 発行必要
							<input type="checkbox"/> 発行必要
							<input type="checkbox"/> 発行必要
付加給付金	銀 行		口 座 番 号				
振込金融機関	支 店		口座名義 (カナ)				

上記のとおり、申請いたします。

【申請者】

住 所 〒

電 話

氏 名

印