

| | | | | |
|------|-----|----|------|----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 課長補佐 | 係員 |
| | | | | |

| |
|----------|
| 申請年月日 |
| 令和 年 月 日 |

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

| | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 健康保険等 記号 - 番号 | — | 事業所名称 所 属 | |
| | 資格取得年月日 | 昭和 平成 令和 年 月 日 | 資格喪失年月日 (退職日の翌日) | 令和 年 月 日 |
| | 届出前 被扶養者数 | 名 | 届出後 被扶養者数 | 名 |
| | | | | 標準報酬月額 千円 |
| | 被保険者 氏 名 | フリガナ | 生 年 月 日 | 性 別 |
| | | | 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳) | 男 女 |
| | 住 所 | 〒 — TEL () 携帯 () | | |
| | | ※転居する場合は、転居後の住所・電話番号・日付を記載(転居日 年 月 日) | | |
| | 保険給付 振込先 銀 行 | 銀行・労働金庫・信用金庫 信用組合・農協 | 本店・支店・出張所 | 金融機関番号 店舗番号 預金種目 口座番号(右つめでご記入ください) |
| | | カ ナ | | 普通(総合) 当 座 |
| 保 険 料 納付方法 | 1 毎月払い | 2 9月分(3月分)までを前納 その後、半年分を前納 | 3 3月分までを前納 その後、1年分を前納 | |
| | ※任意継続に加入した月の保険料は、前納することはできません。(1か月+前納) | | | |
| 健 保 組 合 が 記 入 す る と こ ろ | 任意継続被保険者等 記号 - 番号 | | 88 — | |
| | 適用年月日 | 令和 年 月 日 | 改定標準報酬月額 千円 | |
| | 有効期限 | 年 月 日 ~ 年 月 日まで 令和 年 月 日 資格喪失予定 | | |

(注) 太枠の中だけ記入してください。

この申請書は、健康保険法第37条の規定により、資格喪失日から20日以内に提出してください。