

※提出必須(全員)

申請年月日
令和 △△年○○月××日

申請日を記入

常務理事	事務長	課長	課長補佐	係員

記入例

東京地下鉄(株)の社員の方は、所属名まで記入

マイポータル等で確認し記入

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 記号一番号	△△ — ○○○○○	事業所名称 所 属	○○○○株式会社 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)	
	届出前 被扶養者数	1名	届出後 被扶養者数	1名	
	標準報酬月額	記入しない 千円			
	フリガナ	ケンポ タロウ		生年月日	性別
	被保険者 氏名	健保 太郎		昭和 平成 令和	○○年□□月△△日 (××歳)
	住所	〒123-4567 東京都 ○△区 ▲□○ 3-5-14		TEL 携帯	03 (○○○○) △△△ 090 (○○○○) △△△
	金融機関番号	店番番号	預金種目	口座番号(右づめでご記入ください)	
	☆☆☆ 銀行・労働金庫・信用金庫 信用組合・農協	△△△ 本店(支店)出張所	00000000	普通 (総合) 当座	00000000
	振込先 銀行	カナ	ケンホ。 タロウ		
口座名義人 (預金者名)	健保 太郎				
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)					
健康組合が記入するところ	希望する納付方法(番号)に○をつける。「1毎月払い」希望者は、別途「預金口座振替依頼書」に(記入及び銀行届出印を捺印すること)				
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	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。