

※資格取得決定事項		申請者の資格関係について (被保険者台帳) より確認した。	取
記号番号	号		喪
資格取得年月日			標
資格喪失年月日			千円
標準報酬月額	千円		

常務理事	事務長	担当

※健保記入欄

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

記入日 年 月 日

申請者記入	フリガナ	生 年 月 日		資格取得の年月日				資格喪失の年月日(退職日の翌日)				在職中の保険証の記号・番号	
	申請者氏名	昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日				令和 年 月 日				1 -	
	退職時の勤務先(事業所名)												
	フリガナ												
	住所	〒 ー 都道府県		携帯 ()				Tel ()					
	保険給付金等の振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 目	口座No.(右ヅメ)				金融機関No.	店舗No.	保険料 納付方法	1.月払いとする 2.半期ごと(9月・3月分迄)前納 3.年一括(3月分迄)前納	
		フリガナ	性別	年 号	生年月日				続 柄	同居の別	収入の有無	収入 (年額)	備 考
	被扶養者 申請	氏 名	男・女	昭和 平成 令和						同居・別居	有 無	万円	
			男・女	昭和 平成 令和						同居・別居	有 無	万円	
			男・女	昭和 平成 令和						同居・別居	有 無	万円	
		男・女	昭和 平成 令和						同居・別居	有 無	万円		

※扶養家族を被扶養者として継続する場合、および、扶養家族を増員する場合は対象となるご家族の所得証明(課税証明又は非課税証明)等が必要です。申請書とともに提出をお願いします。

受付日付印