

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

決 裁	常務理事	事務長	事務次長	担当

※健康保 使用欄	任継記号	任継番号	資格取得年月日	資格喪失予定年月日	標準報酬月額	備 考	
	※ 8 8 8 8	※(左詰め)	※ 年 月 日 令和	※ 年 月 日 令和	※ 千円		
資格喪失時の健康保険被保険者証の 記号		被 保 険 者 の 氏 名 (押印不要。下記確認欄☑必須)		被保険者の生年月日	性別	被扶養者の有無	
番号		(氏) (名)		昭和 平成 令和 年 月 日	男・女	有(人)・無	
(左詰め)							
被 保 険 者 の 住 所					電 話 番 号		
〒 -							
最後に被保険者として使用されていた事業所	名称				最後に被保険者の資格を喪失した年月日	令和 年 月 日	
	所在地						
支 払 方 法 (いずれか☑)	<input type="checkbox"/> 1年前納 (加入月 ~ 当年度3月分まで)		・		<input type="checkbox"/> 半年前納 (4~9月分・10~3月分)		
	<input type="checkbox"/> 毎月払い (三井住友銀行へ払込み)		・		<input type="checkbox"/> 毎月払い (ゆうちょ銀行より自動引落)		
健保組合からの保険給付費等の振込口座 ※被保険者名義のみ	銀行	支店	普通・当座	口座番号			
確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。				令和 年 月 日 提出		受付印
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。						

注)資格喪失の日から20日を経過した場合は加入できません。

◎記入の方法は記入例がありますのでご覧ください。
◎「※」印欄は記入しないでください。