

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

記入例

◎ 健康保険  
◎ 任意継続被保険者  
◎ 資格取得申請書  
◎ 記入例  
◎ 記入例が  
◎ ありません  
◎ 記入  
◎ しないで  
◎ ください。

被保険者証に枝番(2ケタ)の記載がある方は、枝番(2ケタ)まで記入して下さい。

※ 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	
		※ 年 月 日 ※ 令和	※ 年 月 日 ※ 令和	※ 千円		
記号	番号	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
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0	(左詰め)	(氏) 健保	(名) 太郎	5.昭 7.平 9.令 4 7 0 9 0 8	男 女	有(1人)・無
被保険者の住所					電話番号	
〒103-0000 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101					03-xxxx-xxxx	
最後に被保険者として使用されていた事業所	名称 (会社名)	所在地 (会社住所)		最後に被保険者の資格を喪失した年月日	令和 0 1 0 5 0 1	
支払方法 (いずれか☑)	1年前納(加入月 ~ 当年度3月分まで)		半年前納(4~9月分・10~3月分)			
	毎月払い(三井住友銀行へ払込み)		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等の振込口 ※被保険者義のみ	銀行	支店	普通・当座	口座番号	就職の予定のある方は、ご面倒でも毎月払いを選択してください。保険料の返還が必要となった場合に、煩わしい還付手続きを省略できます。	
確認欄	<p>【重要】必ず☑をお願いします。押印に変わる重要事項となります。</p> <p>①申請者本人(被保険者)が作成したものである。</p> <p>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。</p>		必ず、被保険者名義の口座について記入して下さい。		【訂正方法】 ●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。	

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。