

記入例

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

被保険者記入欄

令和 8 年 4 月 20 日 下記のとおり申請します。

退職時の被保険者証 記号・番号	記号	100	番号	1000
フリガナ 氏名	オオクラ イチロウ 大倉 一郎		性別	男
			生年月日	昭和 平成 40年 6月 30日生
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 8 年 4 月 20 日	資格喪失時の 標準報酬月額	340 千円	
退職時に勤務していた 事業所(会社)	大倉工業(株) ○ ○ 工場		資格確認書 発行要否	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要
申請者 住所	〒 ○○○—○○○○ 香川 都道 丸亀 市区 府(県) 郡 ○○町○○○○ * 退職後に転居される方は、新住所をご記入ください。			
連絡先	自宅 (0877) 56 — 0000 携帯 (090) 0000 — 0000			
振込口座 <small>※健康保険組合が保険料等 を返金する際に使用します</small>	フリガナ	マルマル	フリガナ	サンカクサンカク
	口座番号	○○ 銀行・信金	△△	本店 支店 出張所
	普通 当座	1 2 3 4 5 6 7	口座名義	支店コード 1 2 3
			フリガナ	オオクラ 大倉一郎
添付書類 注意事項	1. この申請書には必ず「住民票謄本」を添付してください。 2. 扶養者がいる場合は「被扶養者加入届」を添付してください。 3. 資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内に提出してください。 20日経過後は、正当な理由がないと任意継続は認められません。			

決 済			
常務理事	事務局長	係長	担当者

健康保険組合処理欄

任意継続の被保険者証 記号・番号	記号	900	番号	
資格取得年月日	令和 年 月 日	標準報酬 月 額	千円	
資格喪失予定日	令和 年 月 日		○ 組合平均月額 ○ 喪失時月額	
月額保険料	健康保険	一般	円	備考
		調整	円	
		計	円	
		子ども・子育て支援金	円	
		介護保険	円	
	合計		円	