

# 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 年 月 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		番号	
フリガナ 氏名			性別 男・女	生年月日 昭和 年 月 日生
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	資格喪失時の 標準報酬月額		千円
退職時に勤務していた 事業所(会社)			資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
申請者 住所	〒 ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー 都道 市区 府県 郡 * 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 ( ) ー			
	携帯 ( ) ー			
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		フリガナ	
	銀行・信金		本店・支店 出張所	
	口座番号	普通当座	口座名義	フリガナ
添付書類 注意事項	1. この申請書には必ず「 <b>住民票謄本</b> 」を添付してください。 2. 扶養者がいる場合は「 <b>被扶養者加入届</b> 」を添付してください。 3. 資格喪失日(退職日の翌日)から <b>20日以内</b> 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		