

記入例

①健康保険被保険者証の記号及び番号欄
在籍時の保険証の記号・番号を記入する
(※保険証の番号は、営業職員の個人コードとは違うので注意)

②「資格喪失年月日」欄
退職日の翌日の年月日を記入する

③「資格喪失の際の標準報酬月額」欄
当組合発信の業務連絡または、組合ホームページに記載されている表参照
(毎年3月頃更新)

5432
⑤
⑥
①
②
③
④
⑤
⑥
⑦
⑧
⑨
⑩
⑪
⑫
⑬
⑭
⑮
⑯
⑰
⑱
⑲
⑳
㉑
㉒
㉓
㉔
㉕
㉖
㉗
㉘
㉙
㉚
㉛
㉜
㉝
㉞
㉟
㊱
㊲
㊳
㊴
㊵
㊶
㊷
㊸
㊹
㊺
㊻
㊼
㊽
㊾
㊿

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長		担当者

① 健康保険被保険者証の記号及び番号	0000	11111	
② 資格喪失年月日	平成 23 年 5 月 1 日		③ 資格喪失の際の標準報酬月額 260 千円
④ 資格喪失の際使用されていた事業所	名称	太陽生命保険株式会社 ○×支社	
	所在地	東京都城南区城西1-1-1 電話 03 (0000) 3333 番	
保険料納付方法	① 月払い	前納期間は、6ヶ月または12ヶ月です。	
⑤ ※希望される納付方法に○をつけてください	2. 半年払い(4月～9月まで または 10月～翌年3月まで) 3. 1年払い(4月～翌年3月まで)	※一旦ご入金頂いた保険料は本人が死亡した時、または再就職された時以外は還付出来ません。	
備 考			

※ 資格取得決定事項		
記 号 番 号		
資 格 取 得 年 月 日	年 月 日	
資 格 喪 失 年 月 日	年 月 日	
標 準 報 酬 月 額	千円	
申請者の資格関係	資 格 取 得 年 月 日	年 月 日
	資 格 喪 失 年 月 日	年 月 日
	標 準 報 酬 月 額	千円

上記のとおり申請します。

平成 23 年 5 月 10 日

日付も忘れずに、ご記入ください。

郵便番号 000-0000

住 所 東京都城東区城東1-2-3

フリガナ タイヨウ ハナコ

氏 名 太陽 花子

E-mail hanako.taiyo@000.**.jp

電話 03 (0000) 1112 番

(申請者の)

*「日付」欄
記入日

*「申請者」欄
被保険者の住所、氏名、メールアドレス、電話番号を
記入し、押印する