

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		
② 資格喪失年月日	平成 年 月 日	③ 資格喪失の際の標準報酬月額 千円
④ 資格喪失の際使用	名 称	
	所在地	電話 () 番
⑤ 保険料納付方法 ※希望される納付方法に○をつけてください	1. 月払い 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)	前納期間は、6ヶ月または12ヶ月です。 ※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。 ※振込み手数料は自己負担となります。
⑥ 備 考		

※ 健 保 記 入 欄		
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 年 月 日

郵便番号 -

住 所

フリガナ

氏 名

印

E-mail @

電 話 () / 携 帯

FAX ()

1. この申請書は、資格喪失の日から20日以内に申請すること(期日厳守)。
2. ⑥欄には、資格喪失の日から20日以内を経過した後申請書を提出する場合には、遅滞した事由を記入すること(天災地変等のやむを得ない理由が必要です)。
3. この申請書には、申請者の居住証明(住民票)を添付すること。
4. ※印欄には記入しないこと。
5. ⑤保険料納付方法に○がない場合は、毎月払いとなります。