

健 保 記 入	任意継続被保険者証の記号・番号	資格喪失の際の標準報酬月額
	20-	千円

常務理事	事務長		担 当

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

提出日 令和 6年 12月 1日

申 請 者 記 入	在職中の保険証 の記号・番号	××-○○○○○	フリガナ	シンデン タロウ		生年月日	昭和 平成 令和	35年 11月 7日
	フリガナ	サイタマケン アサカシ サイワイチョウ						
	住 所	〒 351-0015 埼玉県朝霞市幸町×-××-×				TEL 携帯	048(423)XXXX 080(1011)XXXX	
	資格喪失の際に使用 されていた事業所	名称	新電元○×株式会社			退職年月日	令和 6年 11月 20日	
		所在地	埼玉県朝霞市○○-××			資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 6年 11月 21日	
	被扶養者 申請	フリガナ	性別	生年月日	続柄	同居の別	収入 (年額)	備 考
		氏 名	男・女	昭和 平成 令和	妻	同居 別居	0万円	
		シンデン ケイコ	男・女	37年 2月 5日				
		新電 恵子	男・女	昭和 平成 令和			万円	
	資格確認書発行要否 (○をおつけください) 要 ・ 不要							
保険料の納入方法 (○をおつけください) I. 年間一括方式にする II. 半期前納方式にする III. 毎月納付方式にする								