

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 年 月 日

申 請 者 記 入	在職中の保険証 の記号・番号	—	フリガナ 被保険者氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	フリガナ							
	住 所	〒 —						
	資格喪失の際に使用 されていた事業所	名称				退職年月日	令和	年 月 日
		所在地				資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年 月 日
	被扶養者 申請	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	続柄	同居の別	収入 (年額)	備 考
		男・女	昭和 平成 年 月 日		同居・別居	万円		
		男・女	昭和 平成 年 月 日		同居・別居	万円		
		男・女	昭和 平成 年 月 日		同居・別居	万円		
		男・女	昭和 平成 年 月 日		同居・別居	万円		

保険料の納入方法についてご希望の方へ○をお付けください
 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