

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		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	—		被保険者氏名							印
	フリガナ									
	住 所		〒				TEL		( )	
	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		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	年 月 日	同居・別居	万円	
					男・女	昭和 平成 令和	年 月 日	同居・別居	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										