

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

被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者 証	記号		被保険者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日	
		番号		被保険者の住所	〒					TEL ()
		資格喪失年月日 (退職日の翌日)		令和 年 月 日						携帯 ()
		資格喪失時の標準報酬月額		千円	資格喪失時の事業所名					
	退職時の被扶養者	氏名		性別	生年月日	続柄	保険料の納付方法			
						毎月振込				
						毎月自動振替 (八十二銀行のみ)				
						1年前納 (加入月から3月まで)				
						半年前納 (加入月から9月または3月まで)				

健 保 記 入 欄	被 保 険 者 証	記号		前 資 格 期 間	取得年月日	年 月 日	喪失年月日	年 月 日
		番号		資格取得年月日	令和 年 月 日	資格喪失予定年月日	令和 年 月 日	
		決定標準報酬月額		千円	1ヶ月の保険料	一般	円	介護