

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・番号	3 4	被保険者の氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日	
			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・番号	3 4	前 資 格 期 間	取得年月日	年 月 日	喪失年月日	年 月 日
			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