

理事長	常務理事	事務長	係	資格取得年月日	平成	年	月	日	
				資格喪失年月日	平成	年	月	日	
				標準報酬月額	喪失時	千円		決 定	千円
					平均	千円			
任継資格喪失予定年月日				年	月	日			

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失時の健康 保険被保険者証の	記 号	フリガナ	男 ・ 女
	番 号	氏 名	
		生年月日	昭・平 年 月 日
資格喪失年月日	平成 年 月 日 (退職の翌日が喪失日となります)		資格喪失時の標準報酬月額 千円
資格喪失時の事業所名			
所在地	〒		
保険料納付方法 (希望する方法を○で囲んでください)		1. 毎月納入する。 2. まとめて納付(前納)する。(6ヵ月分・12ヵ月分)	
任継 記号・番号	8888-		
マイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載して下さい。当健保にマイナンバーの届出がない方は、マイナンバーカード(両面写)を添付して下さい。 なお、マイナンバーカードをお持ちでない方は、通知カード(写)またはマイナンバー付きの住民票と運転免許証等の顔写真付きの身分証明(写)を添付して <input type="checkbox"/> マイナンバー記載の本申請書提出を事業主へ委任します。(事業主経由にて申請の場合、レ点)			
備 考			

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

※資格喪失日以降の日付でご申請ください。

[申請者] 〒 -

住 所

[緊急連絡先] 〒 -

住 所

電話番号 - -

電話番号 - -

氏 名



氏 名

緊急連絡先は、申請者と同居ご家族以外の方をご記入下さい。
申請者と連絡が取れない場合は、緊急連絡先にご連絡いたします。