

	常務理事	事務長	担当者	担当者	受 付 印
任継記号番号	90-	納付書送付済月	年 月まで		
資格取得	.	資格喪失・任継取得	.		
期間満了	.	喪失時報酬	千円		
報酬決定額	千円	保 険 料 額	健保	円	
第一回納入日	.		調整	円	
			介護	円	
別紙のとおり通知し被保険者証を交付してよろしいか。					

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

※申請書原本を健康保険組合へ直接郵送してください。

被保険者証 記号番号	記号	番号	事業所名称				
氏名	事業所所在地						
生年月日	年	月	日生	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	年	月 日	
性別	男・女			標準報酬月額	千円		
住 所	〒			TEL	()		
				携帯電話	()		
被 扶 養 者	氏名	性別	生年月日	続柄	職業	月額収入	同居別居 の別
上記のとおり申請します。							
年 月 日 氏名							

- ※
- 1) 添付書類
 - * 住民票(居住地確認のため、本人分のみ<コピー可>)
 - * 高校生以上(各種学校・予備校含む)の被扶養者のいる場合は在学証明書又は身分証明書の写し
 - 2) 被扶養者の月額収入欄には年金収入・内職・配当収入・パートなど収入額を記入してください。
 - 3) この申請書は健康保険組合の受付が退職日の翌日から20日を過ぎた場合は受理できません。
(健保法第37条)