

提出先：タカラスタンダード健康保険組合

常務理事	事務長	担当者	担当者

【健保記入欄】

任 継 記 号 番 号	9 0 -	資 格 喪 失 日 日	・	・
報 酬 決 定 額	千 円	第 一 回 入 金 日	・	・
別紙のとおり通知してよろしいか				

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

記 号 番 号	記 号	番 号	番 号	番 号	所 属				
氏 名					資 格 喪 失 年 月 日	年 月 日			
生 年 月 日	年 月 日 生			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		
							同居・別居		
							同居・別居		
							同居・別居		
							同居・別居		
上記の通り申請します。									
年 月 日 氏名 _____									

- ※ 1) 添付書類 * 住民票コピー
* 高校生以上の被扶養者がいる場合は在学証明書または身分証明書のコピー
- ※ 2) 被扶養者の月額収入欄には、パート・アルバイト・内職・年金・配当金など
月額収入を記入してください。
- ※ 3) この申請書は、資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内に提出のこと(健保法37条)
20日を経過した申請書は受理できませんのでご注意ください。

受 付 印