

	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 險 料 額	健保	円	
			調整	円	
第一回納入日	.		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

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	喪失年月日	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
* 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)この申請書は資格喪失後20日を過ぎた場合は受理できません。(健保法第37条)