

受 付	年	月	日
決 定	年	月	日

決 裁	理事長	常務理事	事務長	担当

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

① 健康保険 被保険者証の 記号及び番号	記号	3907	番号	00000	② 被保険者 の氏名・性別	北村 太郎			性別	男	
						③ 生年月日	昭・平	60	年	5	月
④ 資格取得の年月日		平成20			年	4	月	1	日		
⑤ 資格喪失の年月日 (退職日の翌日又は契約変更日)		令和00			年	10	月	31	日		
		⑥ 資格喪失の際の標準報酬月額		380		千円					
⑦ 資格喪失 の際使用され ていた事業所	名 称	カメラのキタムラ横浜/新横浜店									
	所 在 地	神奈川県横浜市港北区新横浜4-1-16									
⑧ 備考											

※引き続き被扶養者として申請するご家族を記入して下さい

同居 別居	被扶養者の氏名		生年月日	性別	続柄	職業	収入			
同 ・ 別	(フリガナ) キタムラ	ハナコ	昭・平・令	年	月	日	男			
	(氏) 北村	(名) 花子	61	6	10	女	妻	パート	50,000円/月	
同 ・ 別			昭・平・令				男 ・ 女			
同 ・ 別			昭・平・令				男 ・ 女			

上記のとおり申請します。

令和 00 年 11 月 2 日

〒 222 - 0033

住所 神奈川県横浜市港北区新横浜2-4-1
新横浜マンション705号室

申請者の

氏名 北村 太郎

連絡先電話(昼間) - -

<注意事項>

- 被保険者期間が2ヵ月以上あった場合に申請できます。
- 申請期日は資格喪失日から20日以内です。
- ⑧には資格喪失の日(退職などした日の翌日)から20日を経過した後に申請書を提出する場合には、遅滞した事由を記入して下さい。