

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	番号	② 被保険者 の氏名・性別	性別	男・ 女
			③ 生年月日	昭・平 年 月 日	
④ 資格取得の年月日			年 月 日		
⑤ 資格喪失の年月日 (退職日の翌日又は契約変更日)			⑥ 資格喪失の際の標準報酬月額		千円
			年 月 日		
⑦ 資格喪失 の際使用され ていた事業所	名 称				
	所 在 地				
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)		昭・ 平・ 令 年 月 日	男・ 女			
	(氏)	(名)					
同 ・ 別			昭・ 平・ 令 年 月 日	男・ 女			
同 ・ 別			昭・ 平・ 令 年 月 日	男・ 女			

上記のとおり申請します。

年 月 日

〒 -

住所

申請者の

氏名

印

連絡先電話(昼間) - -

<注意事項>

1. 被保険者期間が2ヵ月以上あった場合に申請できます。
2. 申請期日は資格喪失日から20日以内です。
3. 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。