

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失の際の健康保険被保険者証の記号及び番号	(記号)	(フリガナ) 氏 名			
	(番号)	生 年 月 日	昭和・平成	年	月 日生
資格喪失年月日 (* 退職日の翌日)	平成・令和 年 月 日				
標準報酬月額	資格喪失の際の標準報酬月額				千円
	※健康保険組合理事長が公示した標準報酬月額				千円
	※規約を以って定める月額				千円
	※決定標準報酬月額				千円
資格喪失の際使用されていた事業所	名 称				
	所 在 地				
資格喪失前の被保険者であった期間	自 昭和・平成・令和 年 月 日 年 ヶ月 間 至 令和 年 月 日				
被 扶 養 者	氏 名	生年月日	性別	続柄	住 所
振 込 先 (ゆうちょ銀行以外)	[コード] [] [] 銀行 [] 本店 振込銀行 口座番号 普通 信金 支店 (フリガナ) 名 義				
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 〒 ー 電話 申 請 者 住 所 氏 名					

(注) ※欄は記入する必要はありません。

振込先……保険給付金を受取るための口座です。

なお、保険料払込み用は後日送付の郵便局様式で手続き下さい。

受 付 日 付 印