

記入例

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)	1 0		(フリガナ)	氏 名 ニッケン タケヒロ 日 検 健 大	
	(番号)	1 2 3 4 5 6		生 年 月 日	昭和・平成 2 3 年 7 月 5 日生	
資格喪失年月日 (* 退職日の翌日)	平成 2 0 年 7 月 5 日					
標準報酬月額	資格喪失の際の標準報酬月額	4 1 0 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	日本貨物検数協会 ○○支部				
	所 在 地	○○県△△市◇◇××-×-××				
資格喪失前の被保険者であった期間	自	昭和・平成	4 2 年	4 月	1 日	4 1 年 4 ヶ月 間
	至	平成	2 0 年	7 月	4 日	
被扶養者	氏 名	生年月日	性別	続柄	住 所	
	日 検 康 代	S26.10.26	女	妻	被保険者と同じ	
振 込 先 (ゆうちょ銀行以外)	〔コード〕	〔 0 0 0 5 〕		〔 0 4 3 〕		
	振込銀行	三菱東京UFJ 銀行		田町 本店		
	口座番号	普通		No. 1 2 3 4 5 6 7		
	(フリガナ)	ニッケン タケヒロ		日 検 健 大		
上記のとおり申請いたします。						
平成 2 0 年 7 月 5 日						
退職日の翌日以降 〒×××-×××× 電話××-××××-××××						
申請者 住 所 ○○県△△市◇◇××-×-××						
氏 名 日 検 健 大 (印)						

喪失月が月変や算定に該当する場合は新月額を記入すること。

(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