

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

★★任意継続制度を希望する場合のみご提出ください★★

資格喪失時の 被保険者証記号・番号	—	資格喪失時の事業所 (在籍会社)の名称	
フリガナ 被保険者の氏名		生 年 月 日	年 月 日
資格取得日	年 月 日	資格喪失時の 標準報酬月額(※1)	円
資格喪失の年月日 (退職日等の翌日)	年 月 日	被扶養者の有無	☐ 有 ・ ☐ 無

(※1)給与明細書に記載されていますのでご確認ください

保険料の納付方法 *希望する納付方法に ☒ を付けてください	☐ 各月払い ☐ 前納6か月(年2回) ☐ 前納12か月(年1回)
--	--

※任意継続加入後も引き続き被扶養者として申請される方がいる場合には以下をご記入ください

フリガナ 被扶養者氏名	続柄	性別	生 年 月 日	同居・別居
		☐ 男 ☐ 女	年 月 日	☐ 同居 ☐ 別居
		☐ 男 ☐ 女	年 月 日	☐ 同居 ☐ 別居
		☐ 男 ☐ 女	年 月 日	☐ 同居 ☐ 別居
		☐ 男 ☐ 女	年 月 日	☐ 同居 ☐ 別居

年 月 日

上記のとおり申請します。

申請者 氏 名

住 所

氏 名

電 話 — —

《注意》この申請書は、資格喪失の日（退職日の翌日／契約変更日）から20日以内に健康保険組合に到着しなければ、申請が認められませんので提出が遅れないよう注意してください。

健康 保 険 組 合 使 用 欄	常務理事	事務長	担 当	保 険 料 月 額	一般保険料	円	保 険 料 納 付 日	年 月 日
					調整保険料	円	保 険 証 記 号 一 番 号	99 —
					介護保険料	円	健康保険組合受付印	
	標準報酬月額		千円	合 計	円			
	資格取得日	年 月 日	保 険 料 納 付 期 限	年 月 日				