

### 任意継続被保険者 資格取得 申出書

健康保険組合理事長殿

健康保険証の氏名の上  
をご覧ください。

退職した会社名、勤務地を記入

退職後に連絡の取れる住所と電話番号

退職日の翌日です

退職後、健保からのお支払が発生した場合に使用します。  
本人口座を記入。

健康保険証の氏名の上 をご覧ください。	任意継続被保険者の名称	会社名： _____
		事業場： _____
	被保険者 氏名と標準 報酬月額	退職後に連絡の取れる住所と電話番号
	現在の被保険者記号—番号	— 年 月 日 昭・平・令 年 月 日
	退職後の住所	〒 _____ 日中（10時～16時の間）に連絡の取れる電話番号 TEL： _____
	勤務先の資格喪失年月日	(退職日の翌日です) 年 月 日
	保険料の納付方法	銀行振込
	給付金などを受取る 被保険者の銀行口座	銀行 支店（普・当） 口座 No. _____
	申出が退職後 20日を過ぎた 場合、その理由	

任意継続被保険者証書	資格取得年月日	_____ 日
資格喪失時の標準報酬月額	_____ 円	決定標準報酬月額(取得時) _____ 千円
決定保険料	_____ 円	初回保険料納付期日 _____ 年 月 日
不承認の場合その理由	_____	

交付伺		
常務理事	事務長	担当者

受付日	入力日