

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

204ー	常務理事	事務長	担当	備考

申請者記入欄	退職時の被保険者証		事業所名	
	記号	番号		
			マイナ保険証 有 ・ 無	
	フリガナ		生年月日 S・H	
	氏名		年 月 日生	
	住所 〒		年齢 歳	性別 男・女
	連絡先： 自宅（ ） ー 携帯（ ） ー		住所変更の予定 あり（ 年 月頃） なし	
	保険料の納付希望 1. 毎月払い 2. 半年払い（4月分～9月分・10月分～3月分） 3. 一括払い（翌3月分までを一括）		被扶養者 1. あり： 名 (注意 3) 2. なし	

- （注 意）
- 資格喪失後 20 日以内に健康保険組合へ提出ください。
 - 申請者記入欄（太枠内）はすべて記入ください。
 - 被扶養者 **あり** の方は、被扶養者届と扶養を確認できる書類を同時に提出ください。

組合記入欄	資格取得年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	資格喪失年月日 令和 年 月 日	資格喪失時の標準報酬 千円
	在職期間 年 カ月間	法定保険料 第 級 一般保険料 円 調整保険料 円 介護保険料 円 (取得時・ 年 月分より)	千円 (円) 計 円
	手続日 月 日・納入保険料 円 (1ヵ月分・2ヵ月分・ / 月分～ / 月分) 納付書 年 月分～ 年 月分 (月払い・一括払い) 本人手渡し・郵送		
	1.電話連絡: / (不在・携帯不通) 2.電話連絡: / 本人・家族 () 予定日 / 3.はがき郵送: / 手続期日 / まで 4.手続書類郵送: / 納付期日 / まで 保険料: 円 月分 入金日 / 確認日 / 証郵送: 年 月 日		受付日付印