

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

204-	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		
	フリガナ		生年月日	
	氏名		S・H	
			年 月 日生	
住所 〒		年齢	性別	
		歳	男・女	
連絡先： 自宅 ( ) -		住所変更の予定		
携帯 ( ) -		あり ( 年 月頃)		
		なし		
保険料の納付希望		被扶養者		
1. 毎月払い		1. あり： 名		
2. 半年払い (4月分～9月分・10月分～3月分)		(注意 3)		
3. 一括払い (翌3月分までを一括)		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	資格取得年月日	資格喪失年月日	資格喪失時の標準報酬
	昭和・平成 年 月 日	平成 年 月 日	千円
記入欄	在職期間	法定保険料 第 級	千円 ( 円)
	年 カ月間	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)	計 _____ 円
記入欄	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	
記入欄	1. 電話連絡: / (不在)		受付日付印
	2. 電話連絡: / 本人・家族 ( ) 予定日 /		
記入欄	3. はがき郵送: / 手続期日 / まで		受付日付印
	4. 手続書類郵送: / 納付期日 / まで		
記入欄	保険料: 円 月分 入金日 / 確認日 /		
	証郵送: 年 月 日		