

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長		担当者

① 健康保険証の 記号・番号	1 2 1 2 — 3 4 5 6 7 8	② 氏 名	保 険 継 夫	③ 生年月日	昭和 平成 3 2 年 1 2 月 3 0 日 (5 8 才)
④ 資格取得年月日	昭和 平成 5 5 年 4 月 1 日	⑤ 資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 2 8 年 1 0 月 2 1 日		
⑥ 資格喪失時の 標準報酬月額	5 0 0 , 0 0 0 円	⑦ 被扶養者の有無	有 ・ 無	⑧ 資格喪失時の限度額 適用認定証の発行	有 ・ 無 ※有で、引続き必要な場合は再度、申請してください。
⑨ 資格喪失の際 雇用されていた 事業所	名 称	クラシェ〇△株式会社			
	所在地	東京都港区××1-2-3			
⑩ 保険料納付は 右の通り希望 します	1. 納付書で毎月納付 2. 自動振替を利用して毎月納付 (手続完了までは納付書)	⑪ 給付金等の 振込先口座	口座番号 安心 銀行 ××駅前 支店 (9 8 7 6 5 4)		
⑫ 備 考					

上記の通り申請します。

平成 2 8 年 1 0 月 2 5 日

申請者の

住 所

氏 名

電話番号

〒1 2 3 - 4 5 6 7

東京都大田区△△8-9-10

保 険 継 夫

0 3 - 4 5 6 7 - 8 9 0 1

印

●この届は、資格喪失後 20 日以内に提出すること。