

# 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

|                      |    |               |               |           |     |                    |          |
|----------------------|----|---------------|---------------|-----------|-----|--------------------|----------|
| 被保険者<br>喪失時の         | 記号 |               | 資格確認書<br>発行要否 | 本 部       |     |                    | 事業所<br>係 |
|                      | 番号 |               | 要・否           | 常務理事      | 事務長 | 担当者                |          |
| 被保険者氏名<br>(本人)       |    |               |               | 性別        |     | 男・女                |          |
| 資格喪失年月日<br>(退職日の翌日)  |    | 年 月 日         | 生年月日          | 年 月 日     |     |                    |          |
| 被扶養者<br>有 無          |    | 有 ・ 無         |               | 資格喪失時標報月額 |     | 千 円                |          |
| 資格喪失の際使用<br>されていた事業所 |    | 名 称           |               |           |     |                    |          |
|                      |    | 所在地           |               |           |     |                    |          |
| 給付金等振込先<br>(本人名義)    |    | 銀行<br>・<br>信金 |               | 支店        |     | 普<br>・<br>No.<br>当 |          |

上記の通り、申請します。

年 月 日

〒

住 所

申

ふりがな

請

氏 名

者

TEL番号

(本人記入不要・担当者記入欄)

|                 |               |       |
|-----------------|---------------|-------|
| 任継取得年月日         | 年 月 日         | 受 付 印 |
| 任継被保険者記号番号      | 記号 9 9 0 1 番号 |       |
| 任継取得時標報月額       | 千円            |       |
| 資格喪失時事業所での資格取得日 | 年 月 日         |       |