

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

被保険者 喪失時の	記号	101	資格確認書 発行要否	常務	本部	者	事業所 係
	番号	123456	要 <input checked="" type="radio"/> 否		発行希望の方は 「資格確認書交付申請書」 も必要です		
被保険者氏名 (本人)	健保 太郎			性別	<input checked="" type="radio"/> 男 · 女		
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	2026 年 3 月 16 日			生年月日	年 月 日		
被扶養者 有 無	<input checked="" type="radio"/> 有 · 無			資格喪失時標報月額	千円		
資格喪失の際使用 されていた事業所	名称	(株) クラレ 大阪事業所					
	所在地	大阪府大阪市北区角田町 8 - 1					
給付金等振込先 (本人名義)	三菱UFJ	銀行	大阪駅前	支店	<input checked="" type="radio"/> 普	No.	000000
		信金			当		

上記の通り、申請します。

2026 年 3 月 16 日

〒 665-0876

住所

兵庫県宝塚市中山台 1 - 1 - 1 - 1 1

申

ふりがな

けんぼ たろう

請

氏名

健保 太郎

印

者

TEL番号

0797-00-0000

(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	