

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

下記のとおり、任意継続被保険者資格取得を申出ます。

		申請年月日		令和 年 月 日	
資格喪失時被保険者等 記号および番号	(記号) (番号) —	資格喪失年月日 (退社日の翌日)		令和 年 月 日	
氏 名	(ふりがな)	生 年 月 日	昭・平 年 月 日生	性 別	男・女
住 民 票 住 所	〒 — 電話番号 ()				
現 住 所 <small>住民票と同じ場合</small> <input checked="" type="checkbox"/>	住民票と同住所 <input type="checkbox"/>	〒 — 電話番号 ()			
資格喪失時に 勤務していた事業所	(本社)会社名				
	(本社)所在地				
扶養家族の有無	有 ・ 無 <small>(「有」の方は被扶養者申請書・添付書類の提出が必要)</small>	資格確認書 発行可否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	初回分保険料 支払い方法	<input type="checkbox"/> 三菱 UFJ 銀行振込

・太枠内についてご記入ください。 ※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

・初回分保険料の支払方法につきましては「任意継続被保険者制度のしおり」を確認ください。

※この欄は記入しないでください。

任意継続被保険者等 記号および番号	2 0 —	任 継 取 得 年 月 日	令和 年 月 日取得		
資格喪失の際の 標準報酬月額	千円	適用標準 報酬月額	千円		
備 考			受 付 印		
			常 務 理 事		