

※健康 保 記 入	任意継続被保険者証		資格喪失時の 標準報酬月額
	記号	番号	
	1		千円

専務理事	常務理事	事務長	業務部長	資格課長	資格係長	係

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

申 請 者 記 入 欄	在職中の保険証の記号-番号				氏 名				生年月日				資格喪失日（退職日の翌日）			
	記号(4桁)		番号(右づめ)		(フリガナ)				昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日
					(印)											
	退職後の住民票登録住所								退職時の勤務先							
	〒 — — — — — — — — — —								(会社名)							
	自宅Tel — — — — — 携帯Tel — — — — —								(所在地)							
	口座情報（本人名義のものに限る。） 保険給付金が発生した場合に使用します。												保険料の納付方法			
	金融機関名		銀行・農協 信金・信組 労金		本店 支店 出張所		預金種別		口座No. (右づめ)				注) 保険料の自動引落はできません。			
	金融機関コード						1. 普通 2. 当座						<input type="checkbox"/> 月払い <input type="checkbox"/> 6か月分の前納 <input type="checkbox"/> 1か年分の前納			
	フリガナ 氏 名		続柄 長男/長女等		性別		生年月日		年収額		対象者の住民票登録住所				備 考	
				男		昭和 平成		年 月 日		万円		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		〒 — — — — —		
				男・女		昭和 平成		年 月 日		万円		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		〒 — — — — —		
				男・女		昭和 平成		年 月 日		万円		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		〒 — — — — —		
				男・女		昭和 平成		年 月 日		万円		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		〒 — — — — —		

(注) 被保険者氏名欄の捺印は、被保険者が自ら記入(自筆)する場合は省略できます。

※太枠内を記入してください。

※申請書は退職日の翌日から必ず20日以内に提出してください。

※初回保険料は、この申請書を提出する際に必ず納付してください。

(納付が無い場合は受付できませんのでご注意ください。)

提出日 年 月 日 受付日付印