

[ 受付印 ]

理事長	常務理事	事務長	係	確認	資格取得年月日	年	月	日
					資格喪失年月日	年	月	日
					標準報酬月額	喪失時 平均	千円 決定 千円	
					任継資格喪失予定年月日	年	月	日

## 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	資格喪失時の健康保険被保険者証の	記号	フリガナ	氏名		男・女													
	番号	生年月日	昭・平・令		年	月	日												
	住民票住所	〒 -				電話番号	- -												
	資格喪失年月日	令和 年 月 日 (退職日の翌日が資格喪失日です)			資格喪失時の標準報酬月額	千円													
	資格喪失時の事業所名称																		
	所在地	〒 -																	
保険料納付方法 (希望する方法を○で囲んでください)		1. 毎月納入する。 2. まとめて納付(前納)する。(6ヵ月分・12ヵ月分)																	
任継 記号-番号		8 8 8 8 -																	
マイナンバー記入欄 ※上に保険証の記号番号を記入したときは不要			<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。			

上記の通り申請いたします。

令和 年 月 日 ※資格喪失日以降の日付でご申請ください。

[申請者居所] ※住民票住所と居所が同じ場合は記入不要です。

住所	〒 -
----	-----

※緊急連絡先は、申請者と同居ご家族以外の方をご記入ください。申請者と連絡が取れない場合は、緊急連絡先にご連絡いたします。

[緊急連絡先]

住所	〒 -
電話番号	- -
氏名	