

常務理事	事務長	担当

健康保険 任意継続被保険者資格取得 申出書

被保険者申請者情報	勤務していた事業所名	株式会社			
	勤務していた時に使用していた被保険者証の	記号	番号	退職日	
	氏名	(フリガナ)		令和 年 月 日	
	氏名			生年月日	
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
自宅住所と電話番号	(〒 -)		都 道 府 県		
	※連絡先TEL 必ずご記入ください				
	ご自宅TEL - -		携帯 - -		

保険料の納付方法	※希望の納付方法にチェックを入れてください	<input type="checkbox"/> 1. 毎月払い [※毎月1日～10日の間に納入]
		<input type="checkbox"/> 2. 前納払い [※3月納入と9月納入]
※初回の保険料納付書は、退職後に事業主から提出される資格喪失届の手続きを完了後任意継続の被保険者証と一緒に送付いたします。		

上記の通り申請します。

令和 年 月 日

健保組合記入欄	任意継続被保険者	記号	番号
		80	
	資格喪失時の標準報酬月額	千円	
	任意継続資格取得年月日	令和 年 月 日	
任意継続資格喪失予定年月日	令和 年 月 日		

受付日付印

※任意継続資格取得申請書の提出期限は、退職日の翌日から20日以内です。

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。※【注意】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。