

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

理事長	常務理事	事務長	係

令和 年 月 日 提出

申請者が 記入するところ	資格喪失時の記号及び番号		左の記号及び番号の資格取得年月日			生年月日				
	記号	番号	昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成	年	月	日
被扶養者の有無	郵便番号	住所	〒				電話番号			
無・有	—									
氏名 と印	〒		性別	最後に被保険者として使用されていた事業所の名称と所在地			最後に被保険者の資格を喪失した年月日			
			男・女				年	月	日	

組合使用欄

記号及び番号		資格取得年月日			資格喪失予定年月日			資格喪失時の標準報酬月額	新しい標準報酬月額
20—		年	月	日	年	月	日	千円	千円
被扶養者	続柄	生年月日	資格関係		保険料関係		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> 受付日付印		
			受付日	/	納付方法 発送日	/			
			入力日	/	納付書 発送日	/			
			証発送日	/	入金確認	/			
			証交付数	枚	金額	円			