

# 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 元 年 10 月 1 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
	〇〇	〇〇〇〇	平成	22	10	1	平成	42	3	10
被扶養者の有無	郵便番号	住所	フリガナ カケン ウラヤシ ヒノデ				電話番号			
無・有	279 - 0013		千葉県浦安市日の出〇-〇-〇				047-〇〇〇-〇〇〇〇			
氏名 と印	フリガナ		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			
	ケンホ タロウ									男・女
健保 太郎		健保	男	(株)リーガル〇〇			元	10	1	

## 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		
			受付日	/	納付方法	/	
			入力日	/	納付書	/	
			証発送日	/	入金確認	/	
			証交付数	枚	金額	円	

受付日付印