

理事長	常務理事	事務長		係員

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

※留意事項および記入例をご確認のうえ申請してください。

申請年月日	令和 年 月 日			
最後に被保険者として勤務されていた会社名	名称	被保険者の記号・番号		
		記号		番号
最後に被保険者資格を喪失した年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	フリガナ 被保険者氏名	(氏)	(名)
性別	1.男・2.女	生年月日	昭和・平成	年 月 日 ( 歳)
住所	〒 - TEL ( )			

フリガナ 被扶養者氏名	性別	続柄	生年月日	職業 収入/月	備考
(氏) (名)	1. 男 2. 女		5. 昭和 7. 平成 9. 令和 年 月 日 ( 歳)		
	〒 -				
(氏) (名)	1. 男 2. 女		5. 昭和 7. 平成 9. 令和 年 月 日 ( 歳)		
	〒 -				
(氏) (名)	1. 男 2. 女		5. 昭和 7. 平成 9. 令和 年 月 日 ( 歳)		
	〒 -				

※組合記入欄 (記入しないでください。)

資格取得年月日	平成・令和	年 月 日	記号	番号	
資格喪失予定日 年 月 日	平成・令和	年 月 日	一般保険料	円	標準報酬月額 千円
当初資格取得日 年 月 日	平成・令和	年 月 日	内訳	円	
			基本 特定	円	
被扶養者認定日 年 月 日	平成・令和	年 月 日	調整保険料	円	〔受付日付印〕
資格喪失時 標準報酬月額		千円	介護保険料	円	
			合計	円	