

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(記入例)

※留意事項および記入例を、ご確認の上申請してください。

申請年月日	令和 2年 〇月 〇日				
最後に被保険者として勤務されていた会社名	名称	株式会社〇〇〇〇		被保険者の記号・番号	
		記号	12	番号	34
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 2年 4月 1日	フリガナ	ケンボ	タロウ	
性別	1.男 2.女	生年月日	昭和 平成	〇年 〇月 〇日(〇歳)	
住所	〒151-0000 東京都渋谷区千駄ヶ谷△-△-△ TEL 03 (0000) 0000				

フリガナ	性別	続柄	生年月日	職業	備考
被扶養者氏名	住所		収入/月		
ケンボ (氏)	1.男 2.女	妻	5.昭和 平成 9.令和 〇年 〇月 〇日(〇歳)	無職	
ハナコ (名)	同上		0円		
花子 (名)	1.男 2.女		5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日(歳)		
	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
当初資格取得年月日	平成・令和	年 月 日	内訳 基本 特定	円	
被扶養者認定年月日	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	