

常務理事	事務長				証交付	保険料確認

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

申請者の 現住所	ふりがな	けんぼ たろう			性別	男	生年月日	昭和 平成 33 年 12 月 31 日 令和	被扶養者	有 無
	氏名	健保 太郎				女				
資格喪失の際に使用されていた事業所等	〒	100 - 0001	電話	03 (1234) 5678	FAX	03 (1234) 5678				
	記号	事業所名			資格取得年月日	標準報酬月額				
被保険者証番号	66	〇〇電線株式会社			昭和 平成 2 年 4 月 1 日 令和	380 千円				
	88	東京都中央区〇〇1-2-3			令和 1 年 10 月 1 日					
保険料納付方法	①. 銀行振り込み 毎月振り込み ②. 銀行振り込み 前納による一括振り込み (いずれかに○をしてください)									

押印を忘れず
お願いします

会社を退職した
翌日を記入

私は、健康保険料を納付期限(当月10日、10日が土、日、祝日の場合は翌日)までに組合に納めることを了承いたします。万一納付期限までに保険料を納付しないときは、資格を喪失されても異存ありません。

令和 1 年 10 月 1 日

氏名 健保 太郎

記入・印もれのない
ようにしてください

任意継続資格取得決定事項	被保険者証記号	400	資格取得年月日	令和 年 月 日	資格喪失予定年月日	令和 年 月 日	標準報酬月額	千円
	被保険者証番号							
健保組合記入欄	保険料	毎月 円 (標準報酬月額 × $\frac{\text{円}}{1000}$)						
	前納	令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月分					円	
		令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月分					円	

記入しないでください

※の欄は記入しないでください。