

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

* 申請に当たっては、太線内のみ記入してください。

健康保険被保険者証	記号	番号
フリガナ 被保険者氏名		
被保険者生年月日	昭和・平成	年 月 日
退職時の所属事業所		
退職年月日	令和	年 月 日
保険料納付方法 <small>(半期一括払、年一括払いについては若干の割引があります。)</small>	1.毎月払	2.半期一括払 3.年一括払
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 郵便番号 — 退職後 住所 電話番号 () 申請者氏名 ※ 申請事項に変更があった場合は必ずご連絡ください。		

健康保険組合処理欄			
常務理事	事務長	担当者	任意継続被保険者資格
			資格取得 令和 年 月 日
記号	番号	資格喪失予定	令和 年 月 日
222		標準報酬月額	円
旧資格関係	資格取得	令和	年 月 日
	資格喪失	令和	年 月 日
	資格喪失時の標準報酬月額		円
決裁	承認・否認	被保険者証交付	令和 年 月 日
備考			