

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	〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇
フリガナ 被保険者氏名	ホケン タロウ 保健 太郎			
被保険者生年月日	昭和	平成	〇年	〇月 〇日
退職時の所属事業所	□□□□株式会社			
退職年月日	令和 〇年 〇月 〇日			
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			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 〇年 〇月 〇日</p> <p>郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇</p> <p>退職後住所 大阪市北区〇〇〇-〇-〇</p> <p>電話番号 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇</p> <p>申請者氏名 保健 太郎</p> <p>※ 申請事項に変更があった場合は必ずご連絡ください。</p>				

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
				資格喪失予定 令和 年 月 日
				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		2 円
決裁		承認 ・ 否認	被保険者証交付	令和 年 月 日
備考				