

届書コード			届書
2	3	1	

決 裁	平成 年 月 日				徴 収 課 確 認 印
所 長	次 長	課 長	係 長	係 員	

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

◎「※」印欄は記入しないでください。

(ア) 整理番号		(イ) 資格喪失時の 社会保険事務所名		① 事務所符号		② 資格喪失時の 健康保険被保険者証の記号		③ 資格喪失時の健康 保険被保険者証の番号		④ 生 年 月 日		送 信
※				※		※				明治 1 年 月 日 大正 3 昭和 5 平成 7		
⑤ 被の扶有無者 無 0 有 1	⑥ 郵便番号		フリガナ	⑧ 電 話 番 号				⑨ 証 不 要 被 保 險 者		※		送 信
	⑦ 申請者の住所		市区町村コード									
(ウ) 申請者の氏名・印			(エ) 性別	(オ) 資格取得年月日	(カ) 資格喪失予定年月日	(キ) 標準報酬月額	(ク) 備 考					
フリガナ			男・女	※ 年 月 日	※ 年 月 日	※ 千円						
(ケ) 最後に被保険者として使用されていた事業所		名称				(コ) 最後に被保険者の資格を喪失した年月日		年 月 日				
		所在地										

平成 年 月 日 提出

— 受付日付印 —