

常務理事	事務長		担当

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

申請者記入欄

令和 年 月 日

勤務していたときに使用していた保険証の記号番号 記号 番号 —			
<small>(被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください)</small>			
氏名 (自署)		性別	生年月日
		男女	(昭和5 平成7 令和9) 年 月 日
住所・電話番号 (〒 -)			
電話番号 〔自宅: - -〕 〔携帯: - -〕			
被扶養者の有無 0 無 1 有⇒被扶養者異動届 を提出願います	勤務していた事業所名 (会社名) (場所名)	標準報酬月額 千円	資格喪失日(退職日の翌日) 年 月 日
備考 <small>(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認・本人確認をするための添付書類が別途必要です。)</small>			

※健保記入欄

被保険者証 記号・番号 999 —	
資格取得年月日 年 月 日	資格喪失予定年月日 年 月 日
保険料 一般保険料 円	介護保険料 円
調整保険料 円	合計 円
(小計) 円	資格喪失年月日 年 月 日

受付日付印