

届書コード
2 3 1 届書

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
※		※	※	0 0 0	0 0 0 0 0 0	
⑤ 被の扶有養者	⑥ 郵便番号	フリガナ	⑧ 電話番号		⑨ 被証不保者要	送 信
無0 有1	0 0 0-0000	〇〇ケン〇〇シ〇〇マチ	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		※	
⑦ 申請者の住所	市区町村コード	〇〇県〇〇市〇〇町1-1				
(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 ミツビシ タロウ 三菱 太郎	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	〇〇〇株式会社 〇〇工場		(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	〇〇県〇〇市△△町1				

※(イ)・(オ)・(カ)・(キ)・(コ)は記入不要です。

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 提出

受付日付印