

※資格喪失後20日以内にご提出ください。
20日を過ぎた場合は受付できませんのでご注意ください。

記入例

常務理事	事務長		

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

枝番は記入しないでください。

① 在職時の 記号・番号	記号	11	番号	2345	② 被保険者の (フリガナ) 氏 名	(ケンポ タロウ)	性	男
					健保 太郎		別	女
					② 生年月日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日		
③ 資格喪失の年月 日		令和〇 年 〇 月 〇 日	⑤ 資格喪失時の 標準報酬月額		500		千 円	
⑥ 資格喪失時 に使用されて いた事業所	名 称	〇〇〇〇株式会社						
	所在地	東京都〇〇区〇〇1-2-3						
⑦ 資格喪失時の 組合の名称	大陽日酸健康保険組合							
⑧ 保 険 料 納入方法	一括納入希望 6ヶ月納入希望 毎月納入希望							
⑨ 給 付 金 振 込 先	金融機関名	△△△ 銀行・信金・信組・農協・労金						
	支店名	×× 本店・支店						
	(普通・当座)	口座番号 : 1234567						
⑩ 備 考								

上記の通り申請します。

令和〇 年 〇 月 〇 日

健康保険組合理事長 殿

〒111-1111

住 所 東京都〇〇区〇〇1-1-1

申 請 者 の

電話番号 000 (0000) 0000

氏 名 健保 太郎

健保使用欄

基本保険料	円	基本保険料	円	基本保険料	円
特定保険料	円	特定保険料	円	特定保険料	円
調整保険料	円	調整保険料	円	調整保険料	円
介護保険料	円	介護保険料	円	介護保険料	円