

※ 処理 伺	常務理事	事務長		担当者	資格	取得	年 月 日	記号	1020
						喪失 予定	年 月 日	番号	

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。

資格喪失時の健康	記号	1000	フリガナ 氏 名		男
保険被保険者証の	番号		生年月日	大昭 年 月 日	
資格喪失年月日	平成 年 月 日 (退職の翌日が喪失日となります)				
標準報酬月額	資格喪失時の標準報酬月額		千円		
	※ 健康保険組合理事長が公告した標準報酬月額		千円		
	※ 決定標準報酬月額		千円		
資格喪失の際使用されていた事業所	名称				
	所在地				
資格喪失前の被保険者であった期間	自	昭和・平成 年 月 日	至	平成 年 月 日	年 月
保険料納入の方法 (希望する方法を○で囲んでください)	1. 毎月納入する。 2. まとめて納付(前納)する。 (6ヶ月分 ・ 12ヶ月分)				
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;">〒 _____ 電話 _____</div> <div style="text-align: right;">住所 _____</div> <div style="text-align: right;">申請者 氏名 _____ (印)</div>					

- (注) 1. 申請者の収入によって「主として生計が維持されている被扶養者」があるときは、別に「被扶養者異動届」に必要書類を添付して提出してください。
2. 標準報酬月額欄は記入不要です。
3. 保険料の納付について
- ① 毎月納付を希望する人
資格を取得する月の保険料を、この申請書を提出するときに納付してください。
 - ② まとめて納付(前納)を希望する人
資格を取得する月の保険料に加えて、前納期間に対応する前納保険料を合計した金額を納付してください。
 - ③ 次回分の保険料の納付は納付書をご使用ください。
 - ④ 次年度分の納付書は、毎年3月末に送付します。
- ※詳しくは「任意継続保険加入について」をご参照ください。

※ 処理 伺	常務理事	事務長		担当者	資格	取得	年 月 日	記号	1020
						喪失 予定	年 月 日	番号	

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。

資格喪失時の健康 保険被保険者証の	記号	1000	フリガナ 氏 名	ヤマダ タロウ 山田 太郎	男
	番号	××××	生年月日	大昭 18年4月22日	
資格喪失年月日	平成 15年 5月 1日 (退職の翌日が喪失日となります)				
標準報酬月額	資格喪失時の標準報酬月額				千円
	※ 健康保険組合理事長が公告した標準報酬月額				千円
	※ 決定標準報酬月額				千円
資格喪失の際使用されていた事業所	名称	〇〇〇事業団			
	所在地	東京都港区虎ノ門〇丁目〇番〇号			
資格喪失前の被保険者であった期間	自	昭和 54年 4月 1日	至	平成 17年 4月 30日	27年 月
保険料納入の方法 (希望する方法を○で囲んでください)	1. 毎月納入する。 ② まとめて納付(前納)する。 (6ヶ月分 ・ 12ヶ月分)				
上記のとおり申請します。 平成 17年 5月 1日 〒 245-0000 電話 045-×××-××××					
申請者	住所	横浜市泉区××町1-1			
	氏名	山田 太郎			

- (注) 1. 申請者の収入によって「主として生計が維持されている被扶養者」があるときは、別に「被扶養者異動届」に必要書類を添付して提出してください。
2. 標準報酬月額欄は記入不要です。
3. 保険料の納付について
- ① 毎月納付を希望する人
資格を取得する月の保険料を、この申請書を提出するときに納付してください。
 - ② まとめて納付(前納)を希望する人
資格を取得する月の保険料に加えて、前納期間に対応する前納保険料を合計した金額を納付してください。
 - ③ 次回分の保険料の納付は納付書をご使用ください。
 - ④ 次年度分の納付書は、毎年3月末に送付します。
- ※詳しくは「任意継続保険加入について」をご参照ください。