

受 付	令和	年	月	日
決 定	令和	年	月	日

常務理事	事 務 長	担 当 者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	記号	1 2 3	フリガナ	カンレン ケンタロウ	
	番号	4 5 6 7 8	被保険者の氏名	関 連 健 太 郎	
性 別	男 ・ 女		生 年 月 日	昭・平・令 XX 年 3 月 23 日	
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 XX 年 4 月 16 日			資格喪失時の 標準報酬月額	3 4 0 千円
使用されていた 事 業 所	名 称	あいうえお株式会社			
	所在地	東京都中央区日本橋〇〇町9丁目10番1号			
郵 便 番 号	1 4 1 - XXXX	電 話 番 号	自宅	0 3 (XXXX) 1 2 3 4	
			携帯	0 9 0 (XXXX) 9 8 7 6	
住 所	東京都品川区北品川〇〇町5丁目6番7号 B棟101号				
保険料の納付方法 (○をして下さい)	a. 毎月払い b. 当年度9月まで前納 C. 当年度3月まで前納				
保険料の還付、給 付金等が発生した ときに使用する被 保険者の口座情報	金融機関名	〇〇〇〇 銀行			
	支 店 名	〇〇〇〇 支店		店番号	XXXX
	口 座 番 号	x x x x x x		種 別	普通

● 退職時に被扶養者がいる方で、被扶養者資格をそのまま継続したい場合に記入して下さい。

被扶養者（異動）届	フリガナ	性別	被扶養者の生年月日	続柄	同居しているか	職業	月平均収入額
	被扶養者の氏名						
	カンレン ヨシコ	男	昭・平・令				
	関連 良子	女	XX 年 10 月 8 日	妻	同・別	パート	85,000 円
	カンレン ハルナ	男	昭・平・令				
	関連 春菜	女	X 年 4 月 29 日	長女	同・別	高校 2 年生	0 円
		男・女	昭・平・令 年 月 日		同・別		円
	男・女	昭・平・令 年 月 日		同・別		円	