

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		フリガナ			
	番号		被保険者の氏名			
性別	男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日	資格喪失時の 標準報酬月額	千円
使用されていた 事業所	名称					
	所在地					
郵便番号	—	電話番号	自宅	()		
			携帯	()		
住所						
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					
	支店名				店番号	
	口座番号				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		昭・平・令				円
		男・女	年 月 日		同・別		
		男・女	年 月 日		同・別		円
		男・女	年 月 日		同・別		円
		男・女	年 月 日		同・別		円