

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書

常務理事	事務長	担 当

事業所 記号		被保険者 番号		社員番号	(事業所記号・被保険者番号が不明な場合ご記入ください)				
勤務していた 事業所の名称				勤務していた 事業所の住所					
氏 名	(フリガナ)			性別	男 女	生 年 月 日	年	月	日
住民票住所	(〒 —)								
居 所 (住民票住所と異なる場合)	(〒 —)								
電話番号					メールアドレス				
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	年 月 日								

給付金・還付金振込先 (被保険者名義)	金融機関名	本支店名	普通 当座	口座番号	
				口座名義	(フリガナ)

保険料納付方法	毎月納付	半期前納(半年払)	通年前納(年払)
---------	------	-----------	----------

引き続き被扶養者とされる方	氏名	性別	続柄	生年月日	住所(被保険者と異なる場合ご記入ください)	
		男 女		年 月 日	住民票	(〒 —)
					居所	(〒 —)
		男 女		年 月 日	住民票	(〒 —)
					居所	(〒 —)
		男 女		年 月 日	住民票	(〒 —)
居所					(〒 —)	

健保記入欄	(任継)記号		(任継)番号		資格取得年月日	年 月 日		
	標準報酬月額		千円	システム処理 年月日	納付書送付 年月日		初回納付 期限	