

常務理事	事務長	課長	主任	係員

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

申請年月日	令和 年 月 日				
健康保険被保険者証	記号	番号	氏名	生年月日	昭・平 年 月 日(歳)
資格喪失の際使用されていた事業所	名称	資格喪失年月日		令和 年 月 日	
	所在地	資格喪失時の標準報酬月額		千円	
住民票の住所	〒			電話番号	自宅 () 携帯 ()
※居所	〒				
※あなたの取引先銀行	銀行名	フリガナ	支店名	フリガナ	口座番号
	コード		店番		
					口座名義人
					フリガナ

※居所住所欄は、住民票の住所と居所が違う場合に記入してください。

※給付金や補助金をお振込する口座となりますので、お間違えないようご記入ください。

※保険料の口座引き落としをご希望の場合は、別途お申し込みが必要です。

上記のとおり申請します。

〈健保処理欄〉

確認欄	下記を確認の上、左に☑をご記入ください。
☐	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

任継記号番号	200 -
介護保険	有 ・ 無
保険料納付方法	毎月・半年前納 ・一括前納 ・自動引落し
初回保険料納付日	令和 年 月 日