

記号		常務理事	担当者
番号			
標準報酬決定月額	千円		
資格取得年月日	令和	年	月 日
資格喪失予定年月日	令和	年	月 日
下記の者より、健康保険任意継続被保険者資格取得について申請があり、調査の結果、法第37条に該当することが確認されたので取得させたい。			

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

被 保 険 者 記 入 欄	在職中の被保険者等の		記号		番号	
	フリガナ					
	氏名					
	生年月日		昭和・平成	年	月	日
	年齢		満	歳		
	性別		男性	・	女性	
	住民票住所					
	居所の住所		〒			
	電話番号	自宅	()			
		携帯	()			
	資格喪失の際の事業所					
	資格喪失の際の標準報酬月額		千円			
	資格取得日		昭和・平成・令和	年	月	日
	資格喪失日		令和	年	月	日
	保険料の納付方法		1. 毎月納付 2. 通年前納 3. 半期前納			
給付金等の受取口座 (健保組合から給付金等が支給される場合の振込先)		金融機関名	銀行		支店	
		口座番号	普通			
		フリガナ				
		口座名義				

《申請上の注意》

- ①健康保険法第37条の規定により資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内に申請書をお送りください。
- ③この申請書提出の際に被扶養者がいる場合には「被扶養者(異動)届」を提出してください。
- ③保険料は自動引き落としではございません。