

記号	当務理事	担当者
健康保険組合が記入する欄です		
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、健康保険任意継続法第37条に該当する者を選択してください。		

お持ちの保険証等(※)に記載されている記号・番号をご記入ください  
 (※) 下記のいずれかをご確認ください。  
 ①保険証  
 ②資格確認書  
 ③資格情報のお知らせ

健康保険任意継続被保険者資格

被 保 険 者 記 欄	在職中の被保険者等の記号	1001	番号	8888	
	フリガナ	ケンポ タロウ			
	氏名	健保 太郎			
	生年月日	昭和・平成	34	年 11 月 1 日	
	年齢	満 65 歳			
	性別	男性・女性			
	住民票住所	〒105-0000 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 〇〇マンション〇〇号室			
	居所の住所	〒 同上			
	電話番号	自宅	03 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇		
		携帯	090 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇		
お持ちの保険証等に記載されている取得年月日をご記入ください		ニチアス(株)本社			
資格取得年月日	昭和・平成・令和	21	年 10 月 31 日		
資格喪失年月日	令和	6	年 12 月 1 日		
退職日の翌日が資格喪失年月日となります	1. 毎月納付	2. 通年前納	3. 半期前納		
金融機関名	〇〇	銀行	〇〇 支店		
給付金等の受取口座	1234567				
1. 毎月納付：ひと月ずつ納付 2. 通年前納：年度末（3月）まで一括納付 3. 半期前納：前期、後期半年ずつ2回に分けて納付 ・前期：加入翌月～9月分 ・後期：10月～翌年3月分 ※9月以降加入者は半期前納選択不可		ケンポ タロウ 健保 太郎			

① 申請書提出後、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。