

常務理事	事務長	担当者	起案年月日	令和 年 月 日
			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	記入不要		保険月額 千円
資格喪失日	令和 年 月 日			
任継取得日	令和 年 月 日	備考		

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

【注】この申請書は退職後20日以内に提出してください。期限を過ぎますと任意継続被保険者になれません。

被保険者証の	記号	〇〇	事業所の退職日	〇年 〇月 〇日
	番号	〇〇〇〇	退職時の標準報酬月額	〇〇〇千円
資格喪失の際使用されていた事業所	名称	〇〇〇〇(株) <お勤めだった会社名>		
	所在地	<お勤めだった会社住所>		
退職後20日以内に提出できなかった理由など				
保険給付等の振込先	●●●● 銀行 ●●●● 支店 (普)・当		1234567	
	口座名義(カタカナ) ケンポ タロウ			

上記のとおり申請します。

令和 〇年 〇月 〇日

記入

病院にかかった時に、医療費の自己負担額が、一定金額を超えた場合、給付金を給付しますので、振込口座を記入してください。

【住所】

ご自宅の住所・電話番号(携帯可)を記入

被保険者の

電話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

【氏名】 健保 太郎

(印)

捺印

栗田健康保険組合 理事長 殿

※ 被扶養者がいる場合は「被扶養者(異動届)」「被扶養者申請理由書」証明書類なども併せてご提出ください。