

記入不要

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	平成 令和 年 月 日		前年9月末の全被保険者の平均標準報酬月額	千円
資格喪失日	令和 年 月 日		備考	
任継取得日	令和 年 月 日			

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

記入

【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	株式会社 栗田健保		
	所在地	東京都中野区中野4-10-1		
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) ケンボ タロウ	

上記のとおり申請します。

記入

令和 〇 年 〇 月 〇 日

病院にかかった時に医療費の自己負担が一定金額を越えた場合、給付金を給付しますので、振込口座を記入

〒164-0001

【住所】 東京都中野区中野4-10-1

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」、「被扶養者申請理由種」、証明書類なども併せてご提出ください。