

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。

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		
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】

日中連絡が取れる番号をご記入ください。

被保険者の

【電話】

〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

今後のお知らせをメールでお送りすることありますのでご記入ください。

【メールアドレス】

(メールアドレスがない方は記入不要)

【氏名】

健保 太郎

栗田健康保険組合 理事長 殿