

自	令和	年	月	日
至	令和	年	月	日

常務理事	事務長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失の際の健康保険被保険者証の記号及び番号	記号	10	フリガナ									
	氏名											
	番号		生年月日			年		月		日生		
資格喪失年月日			年		月		日					
標準報酬月額	資格喪失の際の標準報酬月額										千円	
	健康保険組合理事長が公示した標準報酬月額					※						千円
	資格喪失の際の標準報酬月額					※						千円
資格喪失の際、使用されていた事業所	名称	科研製菓株式会社										
	所在地	東京都文京区本駒込二丁目28番8号										
資格喪失前の被保険者であった期間	自			年		月						
	至			年		月		年 月				
被扶養者	氏名	生年月日			性別	続柄	住所					
			/	/								
			/	/								
			/	/								
			/	/								
保険料の支払い方法	☐ 毎月払う			☐ 9月・3月迄の半期払			☐ 3月迄の全期払					
支払についての注意事項	毎月10日までに支払がない場合は資格喪失となります			就職及び死亡以外で任意継続被保険者資格を喪失（脱退）する旨の申出をされた場合には、その申出が受付された日（健保組合に到達した日）の翌月1日に任意継続被保険者の資格が喪失となります。								
金融機関			銀行			支店	口座番号					
備考												
上記の通り申請します					電話番号		-		-			
令和	年	月	日	携帯番号		-		-				
受付日付印				申請者	〒		-					
					住所							
					氏名	印						
					メールアドレス							

E-mailで連絡可能な方はメールアドレスをご記入ください

	月次	前納	合計
保険料			
調整			
介護			
保費			
合計			

※脱退日		※返納日	
------	--	------	--

(注) ※欄は記入する必要はありません