

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	カケン タロウ							
	氏名	科研 太郎									
	番号	0000	生年月日	XX	00	年	00	月	00	日生	
資格喪失年月日	XX	00	年	00	月	00	日				
標準報酬月額	資格喪失の際の標準報酬月額					000		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	XX	00	年	00	月	00				
	至	XX	00	年	00	月	00	0年0ヶ月			
被扶養者	氏名	生年月日			性別	続柄	住所				
	科研 花子	X	00	/	00	/	00	女	妻	XX県YY市〇〇一△△	
	科研 一郎	X	00	/	00	/	00	男	長男	XX県YY市〇〇一△△	
			/		/						
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		〇〇〇		銀行	〇〇〇		支店	口座番号	0000000		
備考											
上記の通り申請します					電話番号	0000	-	00	-	0000	
令和 00 年 00 月 00 日					携帯番号	000	-	0000	-	0000	
受付日付印					申請者	〒	000	-	0000		
						住所	XX県YY市〇〇一△△				
						氏名	科研 太郎				
						メールアドレス	xxxxxyyy@nifty.com				

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			
調整係			
介護保			
合計			

※脱退日		※返納日	
------	--	------	--

(注) ※欄は記入する必要はありません