健康保険　任意継続被保険者資格取得申出書

下記のとおり任意継続被保険者資格取得を申し出ます。

令和　　年　　月　　日　提出

資格喪失時の記号・番号	記号		番号	
氏　名	ﾌﾘｶﾞﾅ			
住　所	〒 自宅TEL　　（　　）　　携帯TEL　　（　　）			
初回連絡先メールアドレス （退職後に連絡がとれるもの）				
資格喪失の年月日 （退職日の翌日）	令和　　年　　月　　日　（申請期限：資格喪失日より20日以内　健保必着）			
給付金等振込指定先 ※被保険者本人名義に限る	銀行 信金・信組	本店 支店	支店番号 （　　）	普通　・　当座
	口座番号		口座名義	ﾌﾘｶﾞﾅ
保険料納入方法 ※希望するものに○	1．毎月ごと　　2．半年分前納　　3．１年分前納			

保険料の納入期日までに入金の確認が取れない場合、資格喪失となる事に同意いたします。

被保険者氏名（自署）

被扶養者異動届	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名	生　年　月　日	性別	続柄 (例:長男)	職業 月平均収入	住　所 ※被保険者と同じ場合は「同上」と記入
		昭和 平成 令和　　年　月　日			万円	〒
		昭和 平成 令和　　年　月　日			万円	〒
		昭和 平成 令和　　年　月　日			万円	〒
		昭和 平成 令和　　年　月　日			万円	〒

※引き続き被扶養者の申出をする場合は、被扶養者認定に必要な「添付書類」は不要です。

健保記入欄				
	任意継続被保険者 記号・番号	記号	番号	
	資格喪失時標準報酬月額　　千円			
	喪失予定年月日　　令和　　年　　月　　日			
	納付書	通知書	保険料納付期限	保険料入金

受付日付印