

【任意継続になるとき】

健康保険任意継続被保険者
資格取得申出書

常務理事	事務長	課長	係長	係

年 月 日 提出

◎太線枠の内側を記入してください。（健保使用欄には記入しないでください）

申 出 者 （被 保 険 者 で あ つ た 方）	健康保険の資格を喪失した時の 被保険者記号－番号		フリガナ			性 別		生 年 月 日		被扶養者の有無		
						男 ・ 女		昭 平 年 月 日		有 ・ 無		
	—		◆氏 名			住 所	〒 電話 （ ）					
						メールアドレス						
	健康保険の資格を喪失した時 に使用されていた事業所名						「資格確認書」の発行を希望する方は、「資格確認書交付申請書」 をご提出ください ※上記申請書は当組合のホームページに掲載しています。郵送ご希望の方は 当組合までご連絡ください					

健 保 使 用 欄	却 下	被保険者資格喪失まで、継続して 1. 2ヶ月以上、健康保険の被保険者 でないため。				2. 被保険者資格喪失後20日以内 に申出されていないため。				受理・却下通知発送			備考				
										令和 年 月 日							
	受 理	任意継続番号	資 格 取 得 日	昭・平・令 年 月 日	資 格 喪 失 日	令和 年 月 日	月 額	千円	任 継 取 得 日	令和 年 月 日	喪 失 予 定 日	令和 年 月 日	月 額	千円			
注：1. 被扶養者を有する方は「被扶養者異動届」「被扶養者現況届」及び扶養認定に必要な 各種証明書を添付してください。 2. この申出書は、会社を退職した翌日（資格喪失日）から20日以内に、第1回目に 納付する保険料を添えて提出してください。 第1回目の保険料を納付しない場合は、申出はなかったものとします。 3. 翌年の1月中旬に、1月～12月分の納付証明書を発送します。														保険料の収納状況及び領収確認			
令和 年 月 日 令和 年 月 ～ 令和 年 月分まで 収入員領収確認 印																	