

【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	ケンポ タロウ	性 別	生 年 月 日	被扶養者の有無
	〇〇〇 — 〇〇〇	◆氏 名	健保 太郎	男・女	昭平 40 年 4 月 1 日	有・無
				住 所	〒330-0000 埼玉県さいたま市大宮区桜木町〇-〇〇〇-〇 電話 000 (000) 0000	
	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	(株)埼機工業		メールアドレス		
「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		令和 年 月 日		備 考	
	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

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 日	令和 年 月 日
収入員領収確認	印