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

健保記入欄

任意継続記号番号	1999 ----------	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 **410**	千円
			決定標準報酬月額	千円
任意継続加入期間	（取得日）令和　～　（喪失日）令和		介護保険　有・無	

申請者記入欄

健康保険 記号 ー 番号	ー	ふりがな / 氏名	男・女
マイナンバー記入欄(記号番号を記入した場合は不要です)		生年月日	昭和・平成　年　月　日生（年齢　歳）
資格喪失 年月日	令和　年　月　日（退職日の翌日）		
資格喪失時の所属事業所	名称	所属部門	
	所在地		
資格喪失前の被保険者期間	昭和・平成・令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日（2ケ月以上被保険者であった人）		

被扶養者 氏名	生年月日	性別	続柄	同居・別居	住民票住所 被保険者と違う場合のみ記入
	昭・平・令　年　月　日				
	昭・平・令　年　月　日				
	昭・平・令　年　月　日				
	昭・平・令　年　月　日				

付加金等の給付金が発生した場合の振込先金融機関	銀行・信金・信組（該当に○印）		支店
	銀行No.	店No.	普通 口座No.

保険料納付方法（該当に○印）		
	①毎月払	銀行自動振替（初回2ヵ月分は振込、3ヵ月目の保険料より振替開始）
	② 前納(半年払)	4月～9月の加入者:加入月～9月迄 10月～3月の加入者:加入月～3月迄
	③ 前納(1年払)	加入月～3月まで

■ 初回保険料は，加入した月により支払月数が変わりますので、必ずしも6ケ月又は12ケ月分とは限りません
■ 納付期限が翌月にまたがる場合の、初回前納保険料の納付期限は、**加入月の月末迄**となっております
■ **前納払(半年・1年)には自動引落しはありません**

※自営業者で、法人化されている方は、任意継続加入できません。下記の質問に回答してください。

①自営業（個人事業主）を始めますか　はい・いいえ　②法人化されますか　はい・いいえ　（○をしてください）

上記の通り申請致します。　令和　年　月　日

住民票住所 〒

都道府県

居所住所 〒

都道府県

e-mail（退職後ご使用可能な連絡先）

氏名

自宅番号　携帯番号

※健保から直接連絡することがありますので、できるだけ全ての連絡先をご記入ください。