

常務理事	事務長	課長	係員

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

※健康保険組合使用欄

任 継	番
取 得	年 月 日
喪 失	年 月 日
生年月日	昭和 平成 年 月 日
給付記録	有 ・ 無
被扶養者	有 ・ 無
納付書配付枚数	枚
決定標準報酬月額	千円

① 健康保険被保険者証の記号番号	記号	番号
② 最 終 事 業 所 名 称		
③ 資 格 喪 失 年 月 日	年 月 日 (退職した日の翌日)	
④ 資格喪失の際の標準報酬月額	千円	
⑤ 資格喪失後継続して保険給付を受けている場合はその旨		
⑥ 個人番号 (マイナンバー)		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日 住 所 千</p> <p>申請者の 氏 名</p> <p>電話番号 ( )</p>		

H29. 1

### 注意事項

- 申請書は、資格喪失の日から20日以内に提出してください。期限経過後は認められません。  
(やむを得ない事由により遅延したときはその旨を⑥備考欄に記入してください)
- 扶養家族がいる場合は、「被扶養者届、現況届」を添付してください。
- ⑥個人番号は12桁です。間違いのないよう通知書を確認のうえ、記入してください。

※保険料納付には、前納制度があります。前納をご希望の方は「前納申出書」もあわせて提出してください。

受付日付印