

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	係

健康保険任意継続被保険者資格取得申請および決定伺

(規則第15条の規定に基づく)

〇〇この申請書は①～⑨までご記入下さい。(⑩～⑬は記入しないで下さい。)

※資格喪失の日より、20日以内に任意継続被保険者となる

※資格喪失の前日まで継続して2ヵ月以上の被保険者

※強制継続被保険者の資格を喪失した者であること。

※任意継続被保険者の資格を喪失した条件

① 旧記号・番号	.	フリガナ ② 氏名	
③ 生年月日	昭和・平成 年 月 日	④ 性別	男 ・ 女
⑤ 住 所	〒 - 携帯電話 () 自宅電話 ()	⑥ 資格取得年月日	昭和 平成 年 月 日
		⑦ 資格喪失年月日	平成 年 月 日
		⑧ 資格喪失時の標準報酬月額	千円
⑨ 使用されていた事務所の所在地および名称	〒 -		

上記のとおり申請いたします。 平成 年 月 日

上記のとおり申請があり調査の結果、健康保険法第37条に該当することが確認されたので資格取得させたい。

⑩ 任 継 番 号	第 号	⑪ 任意継続被保険者 資格取得年月日	平成 年 月 日
⑫ 資 格 期 間	自・平成 年 月 日	⑬ 標 準 報 酬 月 額	千円
	至・平成 年 月 日		
備 考			

受付日付印