

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)

受付印

- この申請書は①～⑩までご記入ください。
- 任意継続被保険者になるための条件
- ※強制被保険者の資格を喪失した者であること。
  - ※資格喪失の日の前日まで継続して2か月以上の被保険者期間を有すること。
  - ※資格喪失の日より、20日以内に任意継続被保険者となる申請をすること。

① 旧記号・番号	—	(フリガナ)	
		② 氏名	
③ 生年月日	昭和 平成 令和 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 令和 年 月 日	⑦ 資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日
⑧ 資格喪失時の標準報酬月額	千円		
⑨ 使用されていた事業所の所在地および名称	所在地	〒 —	
	名称		
⑩ 納付方法	<input type="checkbox"/> 毎月払い <input type="checkbox"/> 前納(3月分まで) <input type="checkbox"/> 前納(9月分まで)		
<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> <b style="color: red;">重要</b>          窓口での現金支払、現金書留郵便での支払は          取り扱っておりません。       </div>			

(注) 前納保険料の納付を希望する方は、任意継続被保険者の資格取得日の属する月内に必ず初回と前納保険料の納付を行う必要があります。

上記のとおり申請いたします。

令和 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。

※⑪～⑭は記入しないでください。

⑪ 任継番号	第 号	⑫ 任意継続被保険者 資格取得年月日	令和 年 月 日
⑬ 資格期間	自・令和 年 月 日	⑭ 標準報酬月額	千円
	至・令和 年 月 日		
備考			