

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

届書コード
2 3 1

常務理事	事務長	担当者

* 欄は記入しないでください。

整理番号	資格喪失時の被保険者証の				申請者の氏名・印				生年月日				性別		
	記号	番号													
*					フリガナ				印	5:昭 7:平 9:令	年	月	日	1:男 2:女	
郵便番号	申請者の住所				電話番号				被扶養者の有・無						
	フリガナ				自宅										0:無 1:有
					携帯										
資格取得年月日		資格喪失予定年月日		標準報酬総額	最後に被保険者として使用されていた事業所				最後に被保険者の資格を喪失した年月日(退職日の翌日)						
*				*				名称					年	月	日
								所在地							
個人番号					備考										

令和 年 月 日 提出

<注意事項>

- 申請は、資格喪失日から20日以内に提出してください。
被扶養者がいる場合は、被扶養者(異動)届を提出してください。
- 保険料は、全額自己負担となります。(標準報酬月額は、退職時のもの、または 千円のうち低いほうが適用になります。)
また、初回は、指定納付期日までに、2回目以降は、毎月10日(10日が金融機関休業日にあたる場合は、翌営業日)までに納入してください。
期日までに納入されない場合は、資格喪失になります。
- 任意継続の有効期間は、最長2年間です。

受付日付印