

記号 999				理事長	常務理事	事務長	課長	係長	係	徴収係
※第 号	健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書									
※資格取得年月	令和 年 月 日			標準報酬月額 千円						
※保険料	内 訳	健康保険料	円		令和 年 月より令和 年 月まで					
		調整保険料	円							
		介護保険料	円							

記号	番号	資格取得年月日	資格喪失年月日	資格喪失の際の標準報酬月額	被扶養者の有無
		昭和 平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日	千円	有 ・ 無
事業所名 (資格喪失の際 使用されていた)	名称			備考	
	住所				
上記のとおり申請します。				令和 年 月 日	受 付 印
住所 〒					
申請者	生年月日 昭・平・令 年 月 日生 性別 男 ・ 女				
(フリガナ)					
氏 名				Tel ()	

※注 意 ○資格喪失の日より必ず20日以内に申請して下さい。
○被扶養者がいる方は、被扶養者届の提出が必要です。
○住民票住所欄につきましては、住民票記載住所を正確にご記入ください。

※ 太枠内をご記入下さい。