

健康保険任意継続資格取得申請書

◇この申請書は、必ず退職後20日以内に提出してください。

提出日	令和 年 月 日	
被保険者の申請欄	氏名	生年月日 昭和 平成 年 月 日 年齢 性別 男・女
	住民票住所	〒 -
	居所	住民票と同じ <input type="checkbox"/> 〒 - 資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要
	連絡先	TEL 自宅 () 携帯 () E-mail :
	最後に被保険者として使用されていた事業所について	
	被保険者等記号・番号	名称 所在地
	資格喪失日(退職日の翌日)	※個人番号 備考
	令和 年 月 日	

※印欄は記入しないで下さい

被扶養者1	氏名 (フリガナ)	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
		年齢 続柄 性別 男・女 収入 有・無
	住民票住所	〒 - 備考
	居所	住民票と同じ <input type="checkbox"/> 〒 - 資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要
※被扶養者認定日 令和 年 月 日		※個人番号

被扶養者2	氏名 (フリガナ)	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
		年齢 続柄 性別 男・女 収入 有・無
	住民票住所	〒 - 備考
	居所	住民票と同じ <input type="checkbox"/> 〒 - 資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要
※被扶養者認定日 令和 年 月 日		※個人番号

被扶養者3	氏名 (フリガナ)	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
		年齢 続柄 性別 男・女 収入 有・無
	住民票住所	〒 - 備考
	居所	住民票と同じ <input type="checkbox"/> 〒 - 資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要
※被扶養者認定日 令和 年 月 日		※個人番号

決裁	令和 年 月 日			任継番号	月額	従前	千円
	常務理事	事務長	担当者	901 -		千円	
					取得年月日	喪失予定年月日	
					令和 年 月 日	令和 年 月 日	

受付日