

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書 (記入見本)

有・無のどちらかに○を付けて下さい↓

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	氏名 No.	12345	被保険者証	記号	1	被保険者の	氏名	健保 太郎	配偶者	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
			番号		13579		生年月日	昭和 31 年 6 月 29 日	退職時年齢 (満 60 歳)		
	資格喪失時に被扶養者となっていた者で資格喪失後も被扶養者となる者	続柄	フリガナ 氏名			生年月日		住 所			
		妻	シオノ ハナコ 健保 花子			昭和 31 年 5 月 10 日		兵庫県神戸市中央区中央台 10-11			
		長男	シオノ ジロウ 健保 次郎			平成 6 年 4 月 22 日		兵庫県神戸市中央区中央台 10-11			
						年 月 日					
						年 月 日					
	保険給付金の支払先 (銀行振込)	フリガナ	サカキ キンコウ				フリガナ	サカキ シン			
		銀行	△△銀行				支店	▽▽支店			
		口座No.	1	2	3	4	5	6	7	フリガナ	シオノ タロウ
	口座名義人	健保 太郎									
資格取得年月日	平成 15 年 12 月 31 日					資格喪失の際の 標準報酬月額	300,000 円				
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 28 年 10 月 1 日										
<p>上記のとおり任意継続被保険者の資格を申請します。</p> <p style="text-align: center;">(〒 666 - 3333)</p> <p style="text-align: center;">申請者の住所 <u>兵庫県神戸市中央区中央台 10-11</u></p> <p style="text-align: center;">Tel <u>012 - 345 - 6789</u></p> <p>※住所は都道府県から記入して下さい。 氏名 <u>健保 太郎</u> 印</p>											

健 保 組 合 処 理 欄	資格関係	年 月 日取得	任意継続 資格取得日	平成 年 月 日	
		平成 年 月 日喪失			
	任継資格の 標準報酬月額	円	任意継続 被保険者番号	91 -	
	任継資格の 保 険 料	一般保険料	円	健保組合受付印	被保険者台帳記入
		介護保険料	円		被保険者証作成
	第1回目保険料	平成 年 月 日受領			資格取得申請受理通知
	任意継被保険者資格取得の申請受理伺			保 険 料 台 帳 記 入	
	理 事 長	常務理事	主 任	係	平成 年 月分から
				平成 年 月分まで前納	