

任意継続被保険者 資格取得申請書記入例

加入手続きの前に各健康保険(国保等)の
保険料等を確認されることをオススメします

○で囲んでいる部分を記入してください。

決定年月日	平成	年	月	日		
決裁	常務理事	事務長	事務次長	課長	合議	係

受付印

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

記号・番号
事業所退職時の
記号・番号を記入
する。

氏名・生年月日・性別

資格喪失年月日
退職日の翌日を記入
する。
(資格喪失日)

標準報酬月額
退職時の月額を
記入する。

所在地・名称
退職した事業所の
住所・事業所名称を
記入する。

納付方法
①毎月の口座振替
②6ヶ月前納
③12ヶ月前納
の3通りより納付方法
を選択し、○印をつける。

貯金口座
任意継続期間中に給付
の支払いがあった場合
に、振り込み先となる
口座を記入する。

被保険者の 番号	1 0 0 5 1 2 3 4	被保険者氏名	健保太郎
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	平成 2 3 0 4 0 1	生年月日	大昭和 3 2 0 1 1 8 性別 ①男 ②女
資格喪失の際 使用されていた 事業所	所在地 滋賀県大津市1-2-20 名称 滋賀県農協健康保険組合	資格喪失の際の 標準報酬月額	3 8 0 千円
保険料納付方法	1. JA口座から自動振替 (第1回目の保険料はJAの窓口から振り込んで下さい。2回目より自動引落) ② 前納(健保組合の指定する方法)による		
高額医療費の還付金を 受ける時の貯金口座	金融機関名	支店名	口座番号
	〇〇〇 農協	本 支店	普 0 0 1 1 0 3 0

上記のとおり申請します

平成 23 年 ○ 月 ○

被住所	〒 5 2 0 - × ○ △ □
フリガナ	ケンポ タロウ
氏名	健保太郎
電話番号	(077) - (521) - (1234)

住所・氏名・フリガナ
電話番号を記入する。

印鑑を押印する。

・ 提出期限 - 資格喪失日から20日以内に必着のこと
・ 納付期限までに保険料を取めなかった時資格がなくなります
※印欄は記入しないで下さい。