

任01

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

1. 太ワク内に漏れないようにご記入ください。
2. 「記号・番号欄」には退職時まで所持していた被保険証の記号・番号を記入してください。
3. 「電話番号」には今後の連絡用のために自宅・携帯電話番号をご記入ください。
4. 「保険料納付方法」には、保険料の振込み方法を選択願います。
5. 「職業・年収見込額」欄には被扶養者の職業、給与収入、各種年金等、今後継続的に見込まれる収入額を記入してください。
無の場合は”無”、”0”等をご記入ください。

(現在の)健康保険証 記号・番号	記号	番号	フリガナ 氏名	性別 男女			
生年月日	昭和 平成	年 月 日	退職時 年齢	歳			
住所	〒 - 都道府県						
電話番号	(自宅) - -		(携帯電話番号) - -				
退職時の所属会社	保険証券面に記載されています						
(現在の)健康保険証の 取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日					
退職日	令和	年 月 日					
保険料納付方法(3つの中から 希望の方法にを選択して番号に○印をつけてください)	1. 前納払い(年間)	2. 前納払い(半期)	3. 月払い				
・上記で選択頂いた納付方法は、加入期間を通じて変更できません。 ・初回の保険料は、別途送付する「任意継続被保険者資格取得・保険料通知書」に従ってお振込み願います。 ・添付の「口座振替依頼書」の手続き完了後は、指定頂いた口座からの自動引落としとなります。 ・保険給付金(高額療養費等)が発生した場合、上記口座へ健保から振込いたします。							
被 扶 養 者	フリガナ 氏名	生年月日	性別	続柄	居住状況	住所・別居理由(別居者のみ記入)	職業・年収見込額
					同居 別居	住所 別居理由	職業 年収 円
						住所 別居理由	職業 年収 円
						住所 別居理由	職業 年収 円
						住所 別居理由	職業 年収 円
資格喪失時の標準報酬月額		等級	千円	決定月額		円	
公示された標準報酬月額		等級	千円	決定保険料		円	
任意継続被保険者としての資格取得年月日			令和	年	月	日	
任意継続被保険者としての資格喪失予定年月日			令和	年	月	日	

健 保 処 理	入 力	発 送	保 険 証	月 変 ・ 算 定

マネージャー	主任	担当	受付日付印

HP1101T11(2022/11改定)

受付簿