

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険任意継続被保険者記号番号				資格取得年月日			資格喪失予定年月日			標準報酬月額	
-				年	月	日	年	月	日	千円	
郵便番号		-		電話番号		-		携帯電話番号		-	
申請者の住所											
申請者の氏名		フリガナ				性別	生年月日			納付書作成年月日	
印					男・女	明治・大正	年	月	日	年	月
最後に被保険者として使用されていた事業所		(a)名称			(b)所在地						
		(c)健康保険被保険者証の記号番号		(d)最後に被保険者の資格を喪失した年月日			(e)最後に被保険者の資格を喪失したときの標準報酬月額				
		-		年	月	日	千円				
(f)銀行口座 (医療費の戻りがあった場合に使用)		銀行 信金 信組 農協		本店 支店	普通・当座		口座番号				

受 付 日 付 印

(注) の ~ は記入しないで下さい。
太枠の中はすべてご記入のうえ押印して下さい。