

※ 同	年 月 日	令 和 年 月 日	常務理事	事務長	事務次長	業務課長	係
	任 継 記 号 番 号	8000-					
	標 準 報 酬 月 額		千円				
	資 格 喪 失 予 定 年 月 日	令 和 年 月 日					

健康保険 任意継続被保険者資格取得申出書

〔記入上の注意〕

1 2 3
 ①②③ 後 ※
 欄 欄 欄 に 申 出 書 を 記 入 し 不 可 能 な 場 合 は、
 には、健康保険法第二十条の規定による期限（資格喪失の日から二十日以内）を経過した
 資格喪失した際に使用されていた事業所の記号及び番号を記入すること。

① 健康保険被保険者証の記号・番号	—		受付印				
② 生年月日	昭和 平成	年 月 日	③ 性別	男・女			
フリガナ							
④ 申出者の氏名	(氏)	(名)					
⑤ 郵便番号	-						
フリガナ							
⑥ 申出者の住所	都 道 府 県						
⑦ 電話番号	()						
⑧ 被扶養者の有無	有・無	☆「有」に○を付けたときには、下の「被扶養者届」を記入してください。					
⑨ 資格喪失の際勤務していた事業所	名 称						
	所 在 地						
	資格喪失年月日	令 和 年 月 日	標準報酬月額	千円			
⑩ 保険料納付方法	<input type="checkbox"/> 自動振替（京葉銀行のみ対応。⑩の口座と同一の口座を使用して下さい。） <input type="checkbox"/> その他（銀行送金等）		<input type="checkbox"/> 毎月納付（1ヶ月分づつ） <input type="checkbox"/> 6ヵ月前納 <input type="checkbox"/> 12ヶ月前納				
フリガナ							⑫ 備考
⑪ 給付金振込口座	銀行 信用金庫		本・支店				
本人名義の口座を記入して下さい	口座名義						
	口座番号	普通・当座					

健康保険 被扶養者届（資格取得時）

被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	職業	収入	同居別居
フリガナ (氏)	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		万円	同・別
フリガナ (氏)	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		万円	同・別
フリガナ (氏)	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		万円	同・別