理事長	常務理事	事務長	係

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

退職した当時の健康保険 被保険者証の記号番号 ＊現在お持ちの保険証でご確認ください。	－	被保険者氏名	
		被保険者生年月日	昭和　・　平成　　年　　月　　日生
被保険者の個人番号（マイナンバー） （記号番号を記入した場合は**記入不要**です。）		**扶養有無**	有　・　無
退職年月日	令和　　年　　月　　日	**保険料納付方法**	**1. 月払い　2. 全期前納　3. 半期前納**
資格喪失の際使用されていた事業所	名称		
	所在地		

＊健保使用欄

任継取得年月日	令和　　年　　月　　日	退職時報酬月額	千円
任継記号番号	－		
備考			

任意継続被保険者の制度を理解しましたので、上記のとおり資格取得を申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者　　〒

住所

氏名

電話

※日中連絡が可能な電話番号をご記入ください。