

健康保険 任意継続被保険者資格取得（変更）申請書

資格喪失時の 被保険者証の 記号・番号	記号	番号	資格喪失時の 事業所の名称						
フリガナ			被保険者の 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日					
被保険者の氏名									
被保険者の 住所	〒 ー		電話番号 ()						
資格喪失年月日（退職日の翌日）			令和 年 月 日						
被扶養者（被扶養者のある人のみ記入して下さい）									
氏名（フリガナ）		性別	生年月日				続柄		
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日						
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日						
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日						
保険料の納付方法		保険料の納付方法について、次のいずれか一つを○で囲んでください。 毎月納付 半期前納 年度一括前納							
給付金の振込先（被保険者名義） 銀行口座		金融機関 コード				支店コード			
銀行 信託銀行 信用金庫				本店 支店	種目 普通 当座	口座番号			
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 保土谷化学健康保険組合 理事長 殿 被保険者氏名									
健 保 記 入 欄	任継 記号・番号		記号	番号	任継資格取得 年月日		令和 年 月 日		
	資格喪失時の標準報酬月額			任継取得時の標準報酬月額			当年度保険料月額		
	千円			千円			円		
	受付 印	処理 欄		理事長		常務理事	事務長	係	