

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

◎※欄は記入しないでください。

※			資格喪失時の		申請者の 氏名	フリガナ																性別	生 年 月 日																			
※			記 号	番 号																		1. 男	5 昭和		年		月		日													
																						2. 女	7 平成																			
被 扶 養 者	の 有 無	0. 無	個人番号										住 民 票 上 の 住 所	フリガナ																												
		1. 有												〒																												
住所欄の上段には住民票に記載された住所をご記入ください。なお現在居住している住所が住民票に記載の住所と異なる場合は、下段に居住している住所をご記入ください。													居 住 し て い る 住 所	フリガナ																												
														〒																												
電 話 番 号													最後に被保険者の資格を喪失した年月日				任意継続 資格取得年月日				任意継続 資格喪失予定年月日				標準報酬月額																	
— —													7 平成		年		月		日	※	7 平成		年		月		日	※	7 平成		年		月		日	※	千円					
e-mail :													9 令和							9 令和								9 令和														
給付金が発生した場合の 振込先口座			銀 行 名			支 店 名			種 目		口 座 番 号				口座名義（本人名義のみ）																											
									1. 普通 2. 当座						フリガナ																											
備 考																																										