

常務理事	事務長	担当者

## 健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

任継記号	任継番号	申請者氏名	生 年 月 日	性 別	被扶養者の有無	資格確認書発行要否
1120	※	(フリガナ)	昭和 5 年 月 日 平成 7	男 1 女 2	無 0 有 1	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※「資格確認書（再交付申請書）」要提出
資格喪失時の被保険者証の記号	資格喪失時の被保険者証の番号	資格喪失時の標準報酬月額	任継標準報酬月額	資格取得年月日	資格喪失予定年月日	
		※	※	令和 9 年 月 日	令和 年 月 日	
申請者の住所	〒 ( ) - ( ) - ( ) Tel ( ) - ( ) - ( )		保険料の納付方法 (いずれか1つにレをつけてください)	<input type="checkbox"/> 口座振替 <input type="checkbox"/> 毎月納付(振込)	三菱UFJ銀行の本支店口座のみの取扱いとなります。別途「預金口座振替依頼書」を提出してください。 健保組合発行の納付書で、毎月金融機関より振込をしていただきます。	
最後に被保険者として使用されていた事業所の		名称	所在地		最後に被保険者の資格を喪失した年月日 令和 年 月 日	
給付金等振込希望口座	預金種別	普通・当座	金融機関名 (ゆうちょ銀行を含む)	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	備考
	口座番号		口座名義 (申請者本人名義)		(カタカナで記入)	

◎ 「※」印欄は記入しないでください。 令和 年 月 日提出  
 ◎被扶養者有の場合は、別途「健康保険被扶養者(異動)届」・「被扶養(申請)者現況届」(被扶養者が学生を除く16歳以上の場合)を提出してください。 受 付 日 付 印

※健保組合使用欄		●保険料口座振替	
●保険料計算			
任継標準報酬月額	健康保険料率	保険料合計	パターン番号
千円	1000		
×	=	円	
介護保険料率		円	
×	=	円	
〔40歳誕生日前日の月から65歳誕生日前日の月の前月まで〕			