受　付	年　月　日
決　定	年　月　日

決　済				

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

①健康保険被保険者証の記号及び番号	記号		番号		① 被保険者の氏名・性別		性別	男・女
					② 生年月日	大・昭 平・令　年　月　日		
③ 格喪失の年月日		令和　年　月　日			⑤資格喪失の際の標準報酬月額	千円		
⑥資格喪失の際使用されていた事業所	名　称							
	所在地							
⑦ 資格喪失の際の組合の名称								
⑧ 備　考								

上記のとおり申請します。

年　月　日

健康保険組合理事長 殿

住所

申請者の

氏名

記入上の注意

⑧には資格喪失の日（退職などした日の翌日）から20日を経過した後に申請書を提出する場合には、遅滞した事由を記入すること。