任継決定番号	記号	2800	番号	

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

①	資格喪失の際に使用していた被保険者等記号・番号		記号		番号	
②	被保険者氏名				性別	男　女
③	生年月日		昭和・平成　年　月　日			
④	資格喪失年月日		令和　年　月　日			
⑤	資格喪失時の標準報酬月額		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	資格喪失の際加入していた健康保険組合の名称		日本ケミコン健康保険組合			
⑧	希望する納付方法		□ 月払い	毎月10日（10日が土日祝日の場合は翌営業日）までに納付		
			□ 半年前納	資格取得月から9月分もしくは3月分までを一括で納付		
			□ 一年前納	資格取得月から3月分までを一括で納付		
⑨	資格確認書発行要否		□ 発行が必要	マイナ保険証が登録されている方には発行できません		

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日

申請者　居住住所　〒

住民票住所　〒　※居住住所と同じ場合は「同上」で可

氏名

電話番号

携帯番号

e-mailアドレス

受付日付印

≪記入上の注意≫

＊ ①欄の被保険者等記号・番号は、被保険者であった当時の記号・番号を記入してください。

＊ 保険料の納付額のご案内等、こちらから連絡する場合がございますので、日中連絡のつきやすい連絡先をご記入ください。