

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	2800	番号	0000	
②	被保険者氏名	健保 慎之介			性別	(男) 女
③	生 年 月 日	(昭和)・平成 00 年 00 月 00 日				
④	資格喪失年月日	令和 00 年 00 月 00 日				
⑤	資格喪失時の標準報酬月額	000 千円				
⑥	資格喪失の際使用されていた事業所	名 称	0000 株式会社			
		所 在 地	東京都00区00 △丁目△△番地△号			
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	<input type="checkbox"/> 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			
		<input checked="" type="checkbox"/> 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			
		<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 00 年 00 月 00 日

申請者 居住住所 〒 000-0000  
00県00市00 00-00-00

住民票住所 〒 \_\_\_\_\_ ※居住住所と同じ場合は「同上」で可  
同上

氏 名 健保 慎之介

電話番号 0000-00-0000

携帯番号 000-0000-0000

e-mailアドレス 0000@00000.00.00

《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。

受付日付印