

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

下記のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

(イ) 被保険者証の記号番号 —	(ロ) 資格取得年月日 . .	(ハ) 資格喪失年月日 令和 . .	(ニ) 標準報酬月額 千円	(注) 1. (イ)は退職時の記号・番号を記入 2. (ロ) (ハ)は退職時の事業所での資格取得および喪失年月日を記入 3. (ニ)は資格喪失時の標準報酬月額を記入 (不明の場合は記入不要)
---------------------	--------------------	-----------------------	------------------	---

(ホ) 資格喪失時(退職時) の事業所	所在地 事業所名	(ヘ) 資格喪失時(退職時) に加入の健康保険組合	所在地 健康保険組合名	兵庫県尼崎市水堂町2-40-5 極東開発健康保険組合
------------------------	-------------	------------------------------	----------------	-------------------------------

(ト) ◆ 申請する被保険者の被扶養者に関する事項

氏名	被扶養者区分	続柄	年齢	居住区分	住所 (別居の場合のみ記入)	職業	勤務先・学校名	収入
	継続・脱退・新規			同居・別居				千円
	継続・新規・脱退			同居・別居				千円
	継続・新規・脱退			同居・別居				千円
	継続・新規・脱退			同居・別居				千円
	継続・新規・脱退			同居・別居				千円
	継続・新規・脱退			同居・別居				千円

(注) 被扶養者区分について ↑

被保険者の資格喪失時に被扶養者であった人について、「継続」か又は資格外となり「脱退」か、新たに資格取得したい扶養者については「新規」に○を付してください。18才以上(除く学生)の人については、別途『被扶養者認定資料』をセットで提出ください。

郵便番号および住所・電話番号	申請者名(フリガナ)・印 印	生年月日 昭和 . . 平成	健康保険料等の支払方法 1. 月払い 2. 一括払い
----------------	-------------------	----------------------	----------------------------------

保険給付金の返還金等がある場合の受取銀行名[必ず記入の事]			
銀行名	銀行	預金種別・口座番号	
支店名	支店	口座名義	本人

- [注] A. この申請書は、資格喪失の日から20日以内に提出のこと。
B. 任継者健康保険証受領後は旧資格の健康保険証は速やかに返却のこと。

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

左の(ハ)欄に記載された年月日以降の日付を記入します。**資格喪失前の申請はできません。**

下記 申請し 申請年月日 令和 年 月 日

(イ) 被保険者証の記号番号 100-10001	(ロ) 資格取得年月日 平成 18・10・1	(ハ) 資格喪失年月日 令和 . .	(ニ) 標準報酬月額 千円	(注) 1. (イ)は退職時の記号・番号を記入 2. (ロ) (ハ)は退職時の事業所での資格取得および喪失年月日を記入 3. (ニ)は資格喪失時の標準報酬月額を記入 (不明の場合は記入不要)
------------------------------------	---------------------------	-----------------------	------------------	---

(ホ) 資格喪失時(退職時)の事業所	所在地	(ヘ) 資格喪失時(退職時)に加入の健康保険組合	所在地	兵庫県尼崎市水堂町2-40-5
	事業所名		健康保険組合名	極東開発健康保険組合

(ト) ◆ 申請する被保険者の被扶養者に関する事項

氏名	被扶養者区分	続柄	年令	居住区分	住所 (別居の場合のみ記入)	職業	勤務先・学校名	収入
	継続・脱退・新規			同居・別居				千円
	継続・新規・脱退			同居・別居				千円
	継続・新規・脱退			同居・別居				千円
	継続・新規・脱退			同居・別居				千円
	継続・新規・脱退			同居・別居				千円
	継続・新規・脱退			同居・別居				千円

(注) 被扶養者区分について ↑
被保険者の資格喪失時に被扶養者であった人について、「継続」か又は資格外となり「脱退」か、新たに資格取得したい扶養者については「新規」に○を付してください。18才以上(除く学生)の人については、別途『被扶養者認定資料』をセットで提出ください。

郵便番号および住所・電話番号	申請者名(フリガナ)・印	生年月日	健康保険料等の支払方法
	印	昭和 . . 平成	1. 月払い 2. 一括払い

保険給付金の返還金等がある場合の受取銀行名[必ず記入の事]			
銀行名	銀行	預金種別・口座番号	
支店名	支店	口座名義	本人

- [注] A. この申請書は、資格喪失の日から20日以内に提出のこと。
B. 任継者健康保険証受領後は旧資格の健康保険証は速やかに返却のこと。