

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	係

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請および決定伺

(規則第15条の規定に基づく)

受付印

- この申請書は①～⑨までご記入ください。
- 任意継続被保険者になるための条件
- ※強制被保険者の資格を喪失した者であること。
  - ※資格喪失の日の前日まで継続して2か月以上の被保険者期間を有すること。
  - ※資格喪失の日より、20日以内に任意継続被保険者となる申請をすること。

① 旧記号・番号	—	(フリガナ) ② 氏名	
③ 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	④ 性別	男 ・ 女
⑤ 住所	〒 —		
	携帯電話 — —		
	自宅電話 — —		
⑥ 資格取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	⑦ 資格喪失年月日	令和 年 月 日
⑧ 資格喪失時の標準報酬月額	千円		
⑨ 使用されていた事業所の所在地および名称	所在地	〒 —	
	名称		

令和 年 月 日

上記のとおり申請いたします。

上記のとおり申請があり調査の結果、健康保険法第37条に該当することが確認されたので資格取得させた

※⑩～⑬は記入しないでください。

⑩ 任継番号	第 号	⑪ 任意継続被保険者資格取得年月日	令和 年 月 日
⑫ 資格期間	自・ 令和 年 月 日	⑬ 標準報酬月額	千円
	至・ 令和 年 月 日		
備考			