

受付	年	月	日
決定	年	月	日

決		裁		
理事長	常務理事	事務長	担当者	

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

(太枠内を記入してください。)

申請日 令和 年 月 日

資格喪失の際の健康保険被保険者証の記号及び番号	記号	番号	被保険者の氏名	フリガナ	性別	男・女
			生年月日	昭・平・令 年 月 日		
住所	〒 - TEL 自宅 - - 携帯 - -					
資格喪失の際使用されていた事業所	名称					
	所在地					
資格喪失年月日	令和 年 月 日 (退職日翌日)					

被扶養者(現在被扶養者となっている方で、任継申請後も扶養する方の氏名等を記入して下さい。)  
 扶養していることを証明できる書類を添付して下さい。《16歳以上の、学生は在学証明書等・その他の方は市区町村発行の所得証明書等、年金受給者は所得証明書等と併せて年金の種類・金額が確認できるもの、別居の方(学生を除く)は送金証明も添付》

氏名	生年月日	性別	続柄	職業	住所(別居している方のみ記入して下さい)
					〒
					〒
					〒
					〒
					〒

健康保険給付金等の振込先(銀行、信用金庫に限ります。)

※ 公金受取口座と同じ(はい・いいえ)			
銀行名	支店名	口座番号	口座名義
銀行 信用金庫	フリガナ 支店 出張所	普・当	フリガナ

保険料の納付方法(どれか一つを選び、その番号に○をつけて下さい。)

- 注) 1) 6カ月払い: 4月(又は任継加入月)~9月、10月(又は任継加入月)~3月(年度末)の年2回払い  
 2) 1年払い: 4月(又は任継加入月)~3月(年度末)の年1回払い

1	毎月ごと	2	6カ月前納(年2回)	3	1年前納(年1回)
---	------	---	------------	---	-----------

この申請書は被保険者資格喪失の日(退職などした日の翌日)から20日以内に提出して下さい。20日を経過した後に申請書を提出する場合は、遅滞した事由を下記備考欄に記入して下さい。

備考
----

受付日付印

[東海放送健康保険組合使用欄]

任意継続被保険者資格取得日	令和 年 月 日	任意継続被保険者資格喪失予定日	令和 年 月 日
資格喪失の際の標準報酬月額	決定標準報酬月額	決定月額健康保険料	決定月額介護保険料
千円	千円	円	円