

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	

記入例

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	99	番号	9999	被保険者の氏名	フリガナ トウカイ イチロウ 東海 一郎	性別	男
	生年月日	昭・平・令 99 年 99 月 99 日						
住 所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 名古屋市〇〇区△△町 1-2-3 TEL 自宅 052 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 携帯 090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇							
資格喪失の際 使用されて いた事業所	名 称	〇〇××株式会社						
	所 在 地	名古屋市〇〇区〇〇〇 99-99-99						
資格喪失年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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ください。)
東海康子	9999.99.99	女	妻	無	〒
東海健一	9999.99.99	男	長男	学生	〒999-9999 東京都〇〇区〇〇町1-2-3
					〒
					〒
					〒

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
東放 銀行 信用金庫		フリガナ トウカイ 東海 支店 出張所	普・当	99999999	フリガナ トウカイ イチロウ 東海 一郎

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ヵ月払い: 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ヵ月前納(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