

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失時の被保険者証記号・番号		資格喪失時の事業所の名称	
フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日
被保険者の氏名		資格喪失時の標準報酬月額	千円
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	年 月 日	資格喪失時の社員番号	
取得年月日	年 月 日	被扶養者	有 ・ 無
退職年月日	年 月 日		

フリガナ	続柄	性別	住所	職業(勤務先) 就学先(学年)	年間収入の見込 (異動のあった日より向う1年間)	
					種類	金額(円)
被扶養者氏名	生年月日		同居 ・ 別居			
	年 月 日	男 ・ 女	同居 ・ 別居			
	年 月 日	男 ・ 女	同居 ・ 別居			
	年 月 日	男 ・ 女	同居 ・ 別居			
	年 月 日	男 ・ 女	同居 ・ 別居			
	年 月 日	男 ・ 女	同居 ・ 別居			
	年 月 日	男 ・ 女	同居 ・ 別居			

伊藤ハム健康保険組合 殿

上記のとおり申請します。

年 月 日

〒
申請者 住所
氏名
電話

印

(注意) この申請書は、資格喪失の日(退職日の翌日)から20日以内に健康保険組合に到着しなければ、申請が認められませんので提出が遅れないよう注意して下さい。

資格取得決議欄	資格取得手続決議 年 月 日			一般保険料	円	資格取得決定決議 年 月 日		
	常務理事	事務長	担当者			常務理事	事務長	担当者
				調整保険料	円			
				介護保険料	円			
	資格取得予定年月日			合計	円	保険料入金日	年 月 日	
	年 月 日			発生月	年 月	資格取得年月日	年 月 日	
標準報酬月額		千円	入金期限	年 月 日	保険証記号番号	99 -		