

# 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	〇〇-〇〇〇〇〇	資格喪失時の事業所の名称	伊藤ハム株式会社
フリガナ	ケンボ タロウ	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日
被保険者の氏名	健保 太郎		
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	平成〇〇年 〇月 〇日	資格喪失時の標準報酬月額	〇〇〇千円
取得年月日	平成〇〇年 〇月 〇日	資格喪失時の社員番号	△△△△△△△△△
退職年月日	平成〇〇年 〇月 〇日	被扶養者	(有) ・ 無

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	無職		
ケンボ ハナコ	妻	男 ・ (女)	西宮市〇〇町〇〇番地〇〇			
健保 花子	S〇〇年〇月〇日		(同居) ・ 別居	小学生		
ケンボ 仔助	長男	(男) ・ 女	同上			
健保 一郎	H〇〇年〇月〇日		(同居) ・ 別居			
		男 ・ 女				
	年 月 日		同居 ・ 別居			
		男 ・ 女				
	年 月 日		同居 ・ 別居			
		男 ・ 女				
	年 月 日		同居 ・ 別居			
		男 ・ 女				

伊藤ハム健康保険組合 殿

上記のとおり申請します。

平成〇〇年 〇月 〇日

申請者 千〇〇〇-〇〇〇〇  
住所 西宮市〇〇町〇〇番地〇〇  
氏名 健保 太郎 (印)  
電話 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

(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。

健保記入欄

資格取得決議欄	資格取得手続決議 年 月 日			保険料月額	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		調整保険料	円	常務理事	事務長	担当者	
					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 -	