

受付日付印

決		裁
常務理事	事務長	係

受付 令和 年 月 日

新被保険者証	記号	1990	決定標準報酬月額	千円	
記号・番号	番号				
一般保険料	円	介護保険料	円	合計保険料	円
資格取得年月日	令和 年 月 日	資格喪失予定年月日	令和 年 月 日		

任意継続被保険者資格取得申請書

訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）

日本無線健康保険組合 御中			令和 × 年 × 月 × 日 申請		
資格喪失時の被保険者証記号・番号	記号	1010	フリガナ	ケンポ タロウ	
	番号	99999	被保険者の氏名	健保 太郎	
生年月日および年齢	昭・平 × 年 × 月 × 日 生 ○○歳		被扶養者の有無	有・無	
被保険者の住所	住民票住所	〒○○○-○○○ ○○県○○市○○町1丁目2番3号			
	居所	〒 - 同上			
電話番号	(自宅)	○○-○○○-○○○	(携帯電話)	○○○-○○○-○○○	
資格喪失年月日	令和 × 年 × 月 × 日 (退職日の翌日を記入)	資格喪失時の標準報酬月額	500 千円		
資格喪失時の事業所名	日本無線(株)				
健康保険組合からの給付金等振込銀行	銀行 支店 普通預金・当座預金 (ゆうちょ銀行を指定される場合は、振込用口座番号をご記入ください)				
	店番号	○○○	フリガナ	ケンポ タロウ	
	口座番号	○○○○○	口座名	健保 太郎	

- ※資格喪失の日から20日以内に提出してください。
- ※被扶養者を申請する場合は、別途書類が必要です。
- ※法人会社（従業員数および業種を問わず）を設立する場合は、任意継続保険には加入することができません。（個人事業主の場合は加入することができます。）