

常務理事	事務長	担当	担当

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

下記のとおり、申請いたします。

申請日	令和 年 月 日		
在職時の被保険者証	記号	番号	* 健保記入 900 -
資格喪失年月日	令和 年 月 日 * 資格喪失日は、退職日の翌日です。		
氏名			
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	退職時の年齢 歳
住民票住所	〒 - TEL - -		
退職時の標準報酬月額	千円	退職時の事業所	

給付金振込口座届

* 療養附加金等が発生した場合に銀行振込みしますので、振込先をご記入ください。

銀行名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店 支店・営業所
預金種別	普通・当座	口座番号
口座名義 (カタカナで記入)	* 口座は、ご本人様名義のものでお願いします。	

注1. 扶養家族がある場合は、「健康保険被扶養者(異動)届」をご提出ください。
(「被扶養認定調書」および添付書類は不要です。)

2. 資格を失った日から、20日以内に提出してください。