

記入例

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申請書

常務理事

事務長

係

資格喪失の際の健康保険	記号	101	氏 名	品川 次郎			性別	男	女
被保険者証	番号	9999	生年月日	昭和・平成・令和 40 年 5 月 1 日					
退職年月日	令和 6 年 12 月 20 日								
標準報酬月額	資格喪失の際の標準報酬月額			300 千円					
	※理事長が公示した標準報酬月額			千円					
	※決定標準報酬月額			千円					
資格喪失の際勤務 されていた事業所	名称	シナネン株式会社							
	所在地	東京都品川区東品川1丁目39番20号							
資格喪失前の被保険者であった期間	昭和・平成・令和 1 年 5 月 1 日 ~ 令和 6 年 12 月 2 日								
被扶養者	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	住 所 (別居の場合に記入してください)				
	品川 花子	S38年4月20日	女	妻	同	別			
					同	別			
					同	別			
					同	別			
保険料の納付期日までに入金が確認取れない場合、資格喪失の手続きを取ることに同意します。									
被保険者氏名 品川 次郎									
本人の銀行口座	●● 銀行 ×× 支店			普	当	No.	990999		
2回目以降の保険料の納付方法	①月払い(納付期日毎月10日) ②自動引落し								
(1回目は申込時に振込です)	③3月分まで前納(再就職・死亡・申出以外では保険料は返戻できません)								
上記の通り申請します。									
令和 6 年 12 月 20 日									
〒 999 - 9999 電話 99 (999) 9999									
住 所 神奈川県横浜市●●区									
氏 名 品川 次郎									

- ※欄は、記入する必要はありません。
- 被扶養者がある場合は、同時に健康保険被扶養届を提出してください。
- 任意継続期間は2年間です。再就職・申出以外は途中脱退はできませんので、ご留意ください。