

健康保険 任意継続被保険者
資格取得申請書

1 受理	2 却下	1 被保険者資格喪失まで二カ月以上被保険者でないため。 2 被保険者資格喪失後20日以内に申請されてないため。					
任意継続被保険者 記号・番号		生 年 月 日		資 格 取 得 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	標準報酬月額	
20		昭・平 年 月 日		年 月 日	年 月 日	千円	
フリガナ							
申請者の住所		〒 TEL ()					
フリガナ		性 別		年 齢	資格確認書発行要否 (※1)		☐ 発行が必要
申請者の氏名		1 男 2 女		才			
最後に被保険者として		事業所名			被保険者の記号番号		－
使用されていた事業所		資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日	資格喪失年月日	令 年 月 日	標準報酬月額	千円
備考							

注意事項

- ・ 太枠内について記入してください。
- ・ 申請の際には、**初回分の健康保険料**を**現金書留**でご送付ください。
- ・ **住民票**を添付してご送付ください。（被扶養者のいる場合には家族全員の住民票および被扶養者届等も併せてご送付ください。）（扶養の方は添付書類を元に扶養認定となるか再度審査をさせていただきます。）
- ・ (※1) 現在、マイナンバーカードを持っていない方または、マイナ保険証の利用登録をしていない方は資格確認書の「☐ 発行が必要」にチェックを入れてください。

受付日付印