

経 伺	常務理事	事務長	課 長	係 長	係 員	保険料納付方法
						年払・半年払・月払

2 号通知	年	月	日
指定日	年	月	日
初回保険料	年	月	日
証送付	年	月	日

資格取得	・	・	資格喪失 任継取得	・	・	期間満了	・	・	生年月日	S H	・	・
標準報酬月額	喪 失 時		決 定		保 險 料		任継記番号		99 第		号	
	千円		千円		円							

(様式第1号)

健康保険 任意継続被保険者
資 格 取 得 申 請 書

記入例

①健康保険被保険者証 の記録番号	00 - 00000			
②資 格 喪 失 年 月 日	平成	00 年 00 月 00 日	③資格喪失の際の 標準報酬月額	000 千円
④資格喪失の際 使用されてい た事業所	名 称	〇〇××販売株式会社		
	所在地	名古屋市中区栄 00-00-00		
⑤給付金振込先	〇〇 銀行 〇〇 支 店			
	〇〇 信用金庫 〇〇			
	農 協 出張所			
	普通 預金 口座番号 No. 0000000			
	総合			

上 記 のとおり申 請 します

平成 00 年 00 月 00 日

申請者 住所 〒 000 - 0000
名古屋市中区栄 00-00-00

氏名 愛販 健一 (印)

(TEL 000-000-0000)

注 意

- 健康保険法第 37 条の規定による期限(資格喪失の日から 20 日以内)内に申請書を提出すること
- 初回保険料は原則として申請と同時に納入していただきます。