

受付 令和 年 月 日

決		裁	
常務理事	事務長	課長	担当者

鈴木健康保険組合理事長 殿

申請者は、太枠の中だけ記入して下さい。

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書			
健康保険任意継続被保険者証の記号番号	記号	番号	任意継続者の被保険者期間
	78		自 年 月 日 至 年 月 日
申請者	氏名	健保 一郎	
	住民票住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 静岡県静岡市清水区入船町〇〇番地の〇〇	
	現住所	〒 - 同上	
	生年月日	昭和 平成 34 年 7 月 15 日	
	電話番号	054-354-〇〇〇〇	
	携帯番号	080-XXXX-XXXX	
退職する前に勤務されていた会社情報等	資格取得年月日	昭和 平成 令和 30 年 4 月 1 日	資格喪失の際の標準報酬月額
	資格喪失年月日	令和 6 年 12 月 1 日	400 千円
	名称	〇〇商店株式会社	
	所在地	静岡県静岡市清水区△△町〇〇-〇〇	
被扶養者の氏名続柄生年月日	退職前の保険証 記号・番号	記号	番号
		XXX	□□□
	被扶養者氏名	続柄	生 年 月 日
	① 健保 花子	妻	昭和 平成 令和 40 年 5 月 20 日
	② 健保 太郎	長男	昭和 平成 令和 3 年 10 月 21 日
③		昭和 平成 令和 年 月 日	
④		昭和 平成 令和 年 月 日	
資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ⇒ 必要な場合は、別途「資格確認書 交付申請書」を提出のこと		
保険料の納付方法	(1)年一括払 (4月～翌年3月) (2)半年一括払 (4月～9月,10月～翌年3月) (3)毎月払 納付書 (4)毎月払 口座振替		
給付金の振込先 (給付金が発生した場合にお支払いします。)	名義人	ケンポ イチロウ	
	銀行	信用金庫	普通 支店 総合
	〇〇	△△	1234567
申請日	令和 年 月 日	上記のとおり、申請します。	

※資格喪失日(退職などした日の翌日)より必ず 20日以内 に申請書を提出して下さい。