

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	自 年 月 日 至 年 月 日	
	78				
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		性別	男 女
	携帯番号	080-XXXXX-XXXXX			
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	400 千円	
	資格喪失年月日	令和 6 年 2 月 1 日			
	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			
退職前の保険証 記号・番号	記号	番号			
	XXX	□□□			
被扶養者の氏名 続柄 生年月日	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	
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	
	保険料の納付方法 上記の(1)～(4)のいずれかを○でかこむ。 これがオススメ⇒ 振替依頼書を提出してください				
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	△△ 支店	普通 総合 1234567	
申請日	令和 6 年 2 月 1 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ください。