

常務理事	事務長	係長	業務係	任	記号一番号	150 —	月額		
								千円	
前資格期間	取得	年	月	日	資格取得年月日	令和	年	月	日
	喪失	年	月	日	資格喪失予定年月日	令和	年	月	日
例文により通知し、被保険者証を交付してよろしいでしょうか。									

下欄に記入をして下さい。

健康保険被保険者等の記号番号	—			健康保険任意継続被保険者 資格取得申請書			
資格喪失年月日(退職日の翌日)	令和			年	月	日	標準報酬月額
健康保険証に記載の適用事業所	名称					本人資格喪失時月額	令和7年9月末組合平均
	所在地					千円	500 千円
保険給付金の希望振込先(本人名義口座)	銀行 支店 普通預金 口座No.						
保険料の納付方法	希望する納付方法について、下記のいずれか一つに○印を付けてください。						
	1. 毎月納付		2. 6ヵ月分(以内)前納		3. 12ヵ月分(以内)前納		
	※「6ヵ月前納」及び「12ヵ月前納」を希望された場合、任継の資格取得年月日の属する月の月末までに前納保険料を納付していただく必要があります。						

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

(資格喪失年月日以降の日付となります)

被扶養者の有無 ..... 有り・無し  
 有りの方、健康保険被扶養者(異動)届を必ず添付してください。  
 第1回目の保険料の振込みは、資格喪失年月日以降にお願いします。  
 一般被保険者は、前月分保険料を当月徴収していましたが、  
 任意継続被保険者については、当月分保険料を当月徴収することになりますので、ご承知ください。

〒	
申請者の住所	
シメイフリガナ	
氏名	
TEL/FAX番号	
携帯電話番号	
生年月日	昭・平 年 月 日
電子メールアドレス:	