

常務理事	事務長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

※太枠内にご記入下さい。

被保険者 <small>ふりがな</small> 氏名	(社員No.)	性別	生年	昭和・平成
		男・女	月日	年 月 日
連絡先住所	(〒 -)			
	自宅： - -	E-mail： @		
	携帯： - -			
健康保険証 記号・番号	(記号) (番号)			
資格喪失の際 使用されていた 事業所名称	名称			
	所在地			
	資格取得年月日	昭和・平成	年 月 日	
	資格喪失年月日	平成	年 月 日	
給付金 振込銀行名	銀行	支店	普通預金 No.	
伊藤忠健康保険組合 殿				
上記の通り申請します。				
年 月 日	申請者氏名			印

<注意>

- 1) 法第 20 条の規定により、資格喪失の日から、20 日以内に申請して下さい。
- 2) 保険料納付書送付後、期限日までに納付されなかった場合、翌日から被保険者の資格がなくなります。

※本申請書は任意継続資格取得に伴う基礎情報管理を目的として利用致します。

健保記入欄	資格喪失時の 月 額	(千円)	任継後の 月 額	(千円)
	健康保険証 記号・番号	320-	任継後の 保 険 料	

記入例

常務理事	事務長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

※太枠内にご記入下さい。

被保険者 ふりがな氏名	(社員No. 9999900)	性別	生年	昭和・平成
	健康 太郎	男・女	月日	31年 1月 1日
連絡先住所	(〒 ●●● - △△△△) 大阪市北区梅田 3-1-3			
	自宅: 06 - 2222 - 0000 携帯: 090 - 1111 - 3333	E-mail: Kenpo-taro@●△□.ne.jp		
健康保険証 記号・番号	(記号)		(番号)	
	111		9999999	
資格喪失の際 使用されていた 事業所名称	名称	伊藤忠健康保険(株)		
	所在地	東京都△●区東京 1-2-3		
	資格取得年月日	昭和・平成	1年 4月 1日	入社日
	資格喪失年月日	平成 29年 10月 1日		
給付金 振込銀行名	普通預金		ご退職日の翌日	
みずほ 銀行 八重洲口 支店 No. 1234567				
伊藤忠健康保険組合 殿				
上記の通り申請します。				
29年 10月 1日		申請者氏名 健康 太郎 印		

保険証に記載されています。

入社日

ご退職日の翌日

ご署名、ご捺印ください

ご退職日の翌日

<注意>

- 1) 法第20条の規定により、資格喪失の日から、20日以内に申請して下さい。
- 2) 保険料を期限までに納付されないと、翌日から被保険者の資格がなくなります。

※本申請書は任意継続資格取得に伴う基礎情報管理を目的として利用致します。

健保記入欄	資格喪失時の 月 額	(千円)	任継後の 月 額	(千円)
	健康保険証 記号・番号	320-	任継後の 保 険 料	