

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	総務課長	業務課長	業務係長	係員

①健康保険被保険者証の 記号-番号		-			
②資格喪失年月日 (退職日の翌日)		平成 年 月 日	資格喪失の際の管轄組合名	日本旅行健康保険組合	
③資格喪失の際の 勤務先箇所名	会社 (事業所) 名	④勤務箇所 所在地	〒		
	勤務箇所名		電話 :		
⑤一部負担還元金 振込希望の 金融機関	銀行 信用金庫	1. 普通 2. 当座	データ処理日	入金日	
	支店	No.	保険証 発行通番	介護保険料 特定被保険者	適用・非適用

資格関係決定事項	
記号-番号	900-
資格取得年月日	平成 年 月 日
喪失予定年月日	平成 年 月 日
喪失時標準報酬月額	千円
適用する標準報酬	千円

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住所	〒				
	電話 (自宅)		(携帯)		
フリガナ			生年月日	昭・平 年 月 日生	
氏名	印		性別	男・女	被扶養者の有無 有・無

【注意】

1. 太枠内のみが必要事項を記入してください。
2. この申請書は、資格喪失の日から20日以内に、直接健康保険組合に提出してください。
3. 家族 (被扶養者) のある場合は、「被扶養者届」を添付すること。

【受付日付印】

【摘要】

記入例

健康保険任意継続被保険者資格取得届

②退職日の翌日が喪失日となります。

課長	業務課長	業務係長	係員

①健康保険被保険者証の 記号一番号	999 - 99999999		
②資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 99 年 99 月 99 日	資格喪失の際の管轄組合名	日本旅行健康保険組合
③資格喪失の際の 勤務先箇所名	会社 (事業所) 名	(株) 日本旅行	④勤務箇所 所在地 〒999 - 9999 東京都港区新橋2-16-1 ニュー新橋ビル9階 電話: 9999 - 99 - 9999
	勤務箇所名	〇〇支店	
⑤一部負担還元金 振込希望の 金融機関	〇 〇 銀行	1. 普通	データ処理日
	〇 〇 支店	2. 当座	
		No. 9999999999	

健保組合からご連絡や郵送物などの連絡先になりますので、退職後の連絡の取れる住所を記入してください。

⑤給付金 (保養所や人間ドックの補助金) の振込先を記入してください。

喪失予定年月日	平成 年 月 日
喪失時標準報酬月額	千円
適用する標準報酬	千円

上記のとおり申請します。

平成 99 年 99 月 99 日

住所	〒999 - 9999 東京都港区新橋2-20-15 新橋駅前ビル3階		
	電話 (自宅) 9999 - 99 - 9999	(携帯) 999 - 9999 - 9999	
フリガナ	ニチリョ タロウ	生年月日	昭・平 99 年 99 月 99 日生
氏名	日旅 太郎 (日旅)	性別	男・女
		被扶養者の有無	有・無

家族 (被扶養者) 有無を〇で囲み、被扶養者届 (移動届) を添付してください。

【注意】

1. 太枠内のみに必要な事項を記入してください。
2. この申請書は、資格喪失の日から20日以内に、直接健康保険組合に提出してください。
3. 家族 (被扶養者) のある場合は、「被扶養者届」を添付すること。

【摘要】