

受 付	令和 年 月 日
決 定	令和 年 月 日

決		裁
常務理事	事務長	係

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

①健康保険 被保険者等 記号及び番号	記号		番号		②被保険者氏名		
					③生 年 月 日	昭平 年 月 日	
④ 資格喪失の年月日			令和 年 月 日		⑤資格喪失時の 標準報酬月額	千円	
⑥資格喪失 の際使用 されていた 事業所	名 称						
	所 在 地						
⑦資格喪失の際の健保組合 の名称			甲信越信用組合健康保険組合				
⑧保 険 料 納 入 方 法	月 払 ・ 半 年 払 ・ 年 払			備 考			
上記のとおり、申請します。				資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要		

令 和 年 月 日

甲信越信用組合健康保険組合理事長 殿

〒
住所
申請者の
氏名

TEL 自 宅
携 帯
(※日中、必ず連絡の取れる電話番号をお書きください。)

注意事項

- イ．資格喪失の日（退職などした日の翌日）から20日を経過した後に申請書を提出する場合には、備考欄に遅滞した事由を記入すること。
- ロ．被扶養者がある場合には、被扶養者届を添えること。