常務理事	事務局長	課　長	課長補佐	主　任	主　任	担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

＊申請時に保険料(現金)が必要です　　太枠のみ記入して下さい

記号・番号	―	資格喪失年月 【退職の翌日】	令和　年　月　日
資格喪失の際使用されていた事業所	名称		
	所在地		

上記のとおり申請します　　令和　年　月　日

申請者	住所	〒　―		
	フリガナ		性別	男　女
	氏名	㊞	個人番号	
	生年月日	昭和・平成　年　月　日	自宅電話	
			携帯電話	

健康保険任意継続被保険者資格取得決定事項			
在職時の記号・番号	―	氏名	
資格期間	昭和・平成・令和　年　月　日～　年　月　日(2ヶ月以上　有・無)		
平均標準月額(R5.9末)	４７０千円	決定	千円
資格喪失時の標準報酬月額	千円		
任意継続被保険者証の記号・番号	９９９９　―		
資格取得年月日	令和　年　月　日	資格喪失予定年月日	令和　年　月　日

保険料の支払方	退職後の予定
＜翌月～3月まで＞ 毎月払・6ヵ月前納・1年前納	①　就職(　／　)・未定(　)
＜翌年4月以降＞ 毎月払・6ヵ月前納・1年前納	②　開業　(　年　月頃) 資格:　税理士・公認会計士・その他(　) 開業場所:　自宅・その他 住所: 電話:　(　)

受付日付印