

任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	担当者	

資格喪失時状況	記号・番号	××××・×××		事業所名	〇〇〇〇株式会社		標準報酬月額	410 千円	
	資格取得年月日	昭・平・令 ××年××月××日			資格喪失年月日	令和××年××月××日			
	被保険者氏名	健保太郎		性別	男・女		生年月日	昭平 ××年××月××日	
	被保険者住所	〒×××-×××× 大阪府大阪市〇〇区〇〇×-×-×× 電話 ×× (××××) ××××							
	被扶養者	氏名	性別	生年月日	続柄	職業	住所		
	健保花子	男・女	昭・平・令 ××年××月××日	妻	無	同上			
		男・女	昭・平・令 年 月 日						
		男・女	昭・平・令 年 月 日						
		男・女	昭・平・令 年 月 日						

上記のとおり、任意継続被保険者資格取得を申請します。

令和××年××月××日 提出

野村健康保険組合理事長 殿

フリガナ
申請者氏名 ケンボ タロウ 健保太郎

- *この申請書は退職日の翌日から20日以内に提出してください。
- *保険料の納付は、後日組合より送付する納付書での振込となります。
- *納付期限内に入金がない場合は、資格取消又は資格喪失となります。

組合使用欄	記号・番号	5101・	資格喪失年月日	年 月 日
	資格取得年月日	年 月 日	資格喪失理由	
	喪失時報酬月額	千円	証回収日	年 月 日
	公示	千円	受付印	
	決定	千円		
	資格喪失予定年月日	年 月 日		
	保険料	円		
	一般保険料	円		
介護保険料	円			

任 継