

○退職の翌日から 20 日以内に提出してください。

決		裁

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

・太枠内を記入してください。

※任継 記号	2	※任継 番号		※資格喪失年月日	※標準報酬月額
				令和 年 月 日	千円

本人 (資格喪失時)	氏名		性別	生年月日		保険料 納付方法 (○をつけて ください)	1. 毎月振込 2. 前納 (半期・通年)		
	(フリガナ)		男	昭	・				・
			女	平	・	・			
	住所	〒					T E L		
	事業所名称					衆議院・参議院			
被 扶 養 者	氏名		性別	生年月日		続柄	職業	収入	同居・別居 の別
	(フリガナ)		男	昭	・	・		円	同・別
			女	平	令				同・別
	(フリガナ)		男	昭	・	・		円	同・別
			女	平	令				同・別
	(フリガナ)		男	昭	・	・		円	同・別
		女	平	令				同・別	
(フリガナ)		男	昭	・	・		円	同・別	
		女	平	令				同・別	
※備考									

上記のとおり申請します。

受付日付印

なお、私は、任意継続被保険者資格を取得するにあたり、毎月の保険料納付期限を厳守することを誓約し、保険料納入遅延により資格喪失（健保法第 38 条）となっても異議はありません。

令和 年 月 日

国会議員秘書健康保険組合理事長 殿