

○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	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 女	昭 平	.			.	
	住所	〒				T E L			
					携 帯				
	資 格 確 認 書		要 ・ 不 要						
被 扶 養 者	氏 名		性別	生 年 月 日		続 柄	職 業	収 入	資 格 確 認 書
	(フリガナ)		男 女	昭 平 令	.	.		円	要・不要
	(フリガナ)		男 女	昭 平 令	.	.		円	要・不要
	(フリガナ)		男 女	昭 平 令	.	.		円	要・不要
	(フリガナ)		男 女	昭 平 令	.	.		円	要・不要
	(フリガナ)		男 女	昭 平 令	.	.		円	要・不要
	(フリガナ)		男 女	昭 平 令	.	.		円	要・不要
	(フリガナ)		男 女	昭 平 令	.	.		円	要・不要
※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