

極秘

※ 決 定 同 ※	令和 年 月 日 証返	記号	8001	番号			
	令和 年 月 日 起案	第1回保険料納付日					
	資格取得日	昭・平・令 年 月 日	任意継続資格取得日				
	資格喪失日	平・令 年 月 日	任意継続喪失予定日				
	喪失時報酬月額		千円	被扶養者数	有()・無		
前年度公示金額	360		千円	高齢受給者証	有・無		
※	任意継続額	一般保険料		調整保険料	介護保険料	合計額	
		(基本保険料)	(特定保険料)				
		円	円	円	円	円	円

※上記欄及び右欄には何も記入しないで下さい。

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

喪失前被保険者証の	記号	2312	被保険者氏名性別 生年月日	任継 花子		男・ 女
	番号	200		昭和・平成 62 年 11 月 7 日生	才	女
資格喪失年月日	平成 30 年 4 月 1 日 (退職した日の翌日を記入)		資格を喪失した際の標準報酬月額	千円		
被保険者が勤務をしていた事業所の	名称	〇〇病院				
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 横浜市〇〇区〇〇町				
	電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	事務担当者名	健保 太郎		
被扶養者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有り(1 名) <input type="checkbox"/> 無し		改めて再認定が必要ですので被扶養者異動届に必要な書類を添付のうえ、再提出して下さい。			
上記のとおり申請します。						
令和 年 月 日						
〒〇〇〇-〇〇〇〇						
現住所 横浜市〇〇区〇〇町						
氏名 任継 花子 (印)						
電話 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇						
神奈川県医療従事者健康保険組合理事長 殿						
代理提出者の署名			続柄			

※太枠線内のみご記入下さい。

健保組合 使用欄	資格喪失届	証回収	資格喪失日確認方法
	済・未	有・無・当日	電話にて確認 ・ 証明書等で確認

注意事項

- 1 この申請書は被保険者資格喪失の日(退職の翌日)から20日以内に当組合事務所に提出しなければ無効になります。
- 2 天災地変・交通・通信等のストライキ以外の理由による申請の遅れは無効です。
- 3 初回の保険料は、現金書留にて申請書と一緒に郵送してください(その後の納付方法は別紙をご覧ください)。