

|            |     |       |      |                |        |        |               |          |
|------------|-----|-------|------|----------------|--------|--------|---------------|----------|
| 常務理事       | 事務長 | 主任    | 取扱者  | 喪失時額           | 千円     | 任<br>継 | 記号番号          | 20・      |
|            |     |       |      | 決定月額           | 千円     |        | 資格取得<br>年月日   | 令和 年 月 日 |
| 前資格<br>期 間 | 取得  | 年 月 日 | 保険料額 | 健康保険料<br>介護保険料 | 円<br>円 |        | 資格喪失予定<br>年月日 | 令和 年 月 日 |
|            | 喪失  | 年 月 日 |      |                |        |        |               |          |

..... 上欄は記入しないでください .....

|                       |     |                                  |         |          |       |         |
|-----------------------|-----|----------------------------------|---------|----------|-------|---------|
| 保険証の番号                |     | 健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書             |         |          |       |         |
| 退職年月日                 |     | 令和 年 月 日                         |         |          |       |         |
| 退職時に勤務<br>していた事業所の    | 名称  | 退職の時の会社名をお書きください。                |         |          |       |         |
|                       | 所在地 | 退職の時の会社の住所をお書きください。              |         |          |       |         |
| 給付金を受け取るための<br>あなたの口座 |     | 〇〇 銀行 信金                         | 本・ 〇 支店 | 普通<br>当座 | No.   | 0526001 |
|                       |     |                                  |         | 名義       | 健保 太郎 |         |
| 支払い方法                 |     | どちらかの支払方法を選んでください<br>1. 毎月 2. 前納 |         |          |       |         |
| 資格確認書発行要否             |     | <input type="checkbox"/> 発行が必要   |         |          |       |         |

上記のとおり申請します。  
令和 〇 年 〇 月 〇 日

マイナ保険証をお持ち  
でない人は、資格確認書  
を発行するので、チェッ  
クをお願いします。

〒380-0000 TEL 090 (1234) 0000  
住 所 長野県長野市〇〇〇123-5  
氏 名 健保 太郎  
生年月日 昭和・平成 1 年 4 月 1 日生