

常務理事	事務長	係

6	0	-			
---	---	---	--	--	--

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

申請者の	フリガナ 氏名	(氏)	(名)	印	生年 月日	昭和 平成	年 月 日	性 別	男 女
	フリガナ 住所	〒 _____ Tel: _____ 携帯: _____							
最後に被保険者として使用されていた事業所の	名 称	(株) なとり							
	所 在 地	東京都北区王子 5-5-1							
	被保険者証の 記号と番号	記号	番 号	資格取得年月日	昭和 平成	年 月 日			
				標準報酬月額			千円		
		資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日				※納付書番号		
※ 資 格 取 得 決 定 事 項	資格喪失予定 年月日		令和 年 月 日						
	標準報酬月額		千円						
	保 険 料		健康保険料 ¥ _____ 介護保険料 ¥ _____ 合 計 ¥ _____						

「記入上の注意」

1. ※印欄は記入しないで下さい。
2. フリガナはカタカナで記入し、年号及び性別は該当を丸で囲んで下さい。
3. この申請書には申請者の居住証明（住民票）を添付してください。
4. 扶養家族のある場合は、「被扶養者届」を添付してください。