

起案	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

常務理事	事務局長		処理者

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

R4.1

任継被保険者 記号番号	記号 9999 番号	資格喪失時月額 千円
被保険者 期間	自 平成・令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	任継取得日 令和 年 月 日 任継喪失予定日 令和 年 月 日

(太枠の中を記入・押印して下さい)

健康保険被保険者の記号・番号	記号 <b>12345</b> 番号 <b>9999</b>	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 <b>4</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日
喪失の際使用されていた事業所	名称 <b>株式会社 ○ ○</b>	所在地	<b>東京都中央区○-○-○</b>
被扶養者の有無	無 <input checked="" type="radio"/> 有 ( <b>2</b> 名) 有の場合は、被扶養者届等を添付して下さい。		
申請者	住所	〒 <b>130-0000</b> <b>東京都墨田区○-○-○</b> TEL <b>03 ( 0000 ) 0000</b> FAX <b>03 ( 0000 ) 0000</b>	
	氏名	フリガナ <b>ケンポ イチロウ</b> <b>健保 一郎</b>	<input checked="" type="radio"/> 男 昭和 <b>10</b> 年 <b>5</b> 月 <b>11</b> 日生 <input checked="" type="radio"/> 女 <b>平成</b> ( <b>23</b> 才)
申請月以降の保険料納付方法	<input checked="" type="radio"/> 毎月払い・半期前納・年間一括	出産手当金受給	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
		傷病手当金受給	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
備考			
上記のとおり申請します。 全日本理美容健康保険組合理事長殿 令和 <b>4</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日			

全日本理美容健康保険組合

受付日付印

○ 申請に必要なもの

- 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書
- 承諾書【任意継続被保険者】
- 世帯全員の住民票(続柄入り)
- 被扶養者のある場合は、被扶養者(異動)届等

○ この申請は、退職した日の翌日から20日以内に提出(厳守)して下さい。(健康保険法第20条)

○ お問い合わせ先 03-6661-6106 まで