

任意継続被保険者資格取得申請書

NO.

資格喪失時の 被保険者の	記号	番号	喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日
	事業所名 (会社名)	所属名					
私は別紙「任意継続被保険者制度について」の内容を了承のうえ、下記の通り申請します。 (フリガナ) (氏名)			性別	男 ・ 女			
			生年月日	昭・平 令	年	月	日
住所	(〒 ー ー) ※マンション・アパート名も記入 都 道 府 県						
電話番号	① ー ー		② ー ー				
扶養の有無	無・有 (有のときは、新たに審査が必要となりますので扶養登録申請書と状況に応じた必要書類を添付してください)						
納付方法の選択	1. 毎月 まずは払込票で払込 その後毎月口座から引落		2. 半年前納 初回分と9月分(3月分)までを払込票で払込 その後半年ごとに払込票で払込		3. 1年前納 初回分と3月分までを払込票で払込 その後1年ごとに払込票で払込		

T14-202503

・この申請書をご提出いただいた方は、「Smile Life」等の送付物の配送を委託するため、運送業者等に住所・氏名等の個人情報の提供を行うことをご了承いただいたものとさせていただきます。

・自動払込利用申込書(A4)を必ず添付してご提出ください。

事業所	所属

健保使用欄	
常務理事	標準報酬月額
	千円
事務長	介護保険料
	有・無
課長	
	資格照合
担当者	証回収

健保受付印