

任意継続被保険者資格取得申請書

太枠内を記入してください

資格喪失時の 被保険者の	記号	〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇	喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	〇	年	〇	月	〇	日
	事業所名 (会社名)	〇〇〇〇株式会社			所属名	〇〇部 〇〇課						
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) 〇〇 〇〇〇 (氏名) 〇〇 〇〇					性別	男・女						
					生年月日	昭・平 令	〇〇	年	〇	月	〇	日
住所	(〒 〇 〇 〇 〇 一 〇 〇 〇 〇) ※マンション・アパート名も記入 〇〇 都 道 府 県 〇〇〇市〇〇〇町〇〇〇一〇											
電話番号	①	〇〇	—	〇〇〇〇	—	〇〇〇〇	②	〇〇〇	—			
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 2. 半年前納 3. 1年前納 まずは払込票で払込 初回分と9月分(3月分)までを払込票で払込 初回分と3月分までを払込票で払込 その後毎月口座から引落 その後半年ごとに払込票で払込 その後1年ごとに払込票で払込											

固定電話と携帯電話など、2つ以上番号をお持ちの方は、日中連絡のとりやすい順にお書きください。
Excelで入力の方は「0」を最初に入力する場合(′)をつけてから入力してください。

NO.

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
	資格照合
担当者	証回収

T14-202503

・この「1, 2, 3のいずれかに○をつけてください」を「e 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。

本社担当者および本社責任者が捺印

所属担当者および所属責任者が捺印

事業所	所属
印 印	印 印

健保受付印