

起案	平成	年	月	日
決定	平成	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

H21.4

任継被保険者 記号番号	記号 9999 番号 _____	資格喪失時月額 _____ 千円	任継取得決定月額 _____ 千円
被保険者 期間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	任継取得日 平成 年 月 日 任継喪失予定日 平成 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 <u>12345</u> 番号 <u>9999</u>	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 <u>21</u> 年 <u>4</u> 月 <u>1</u> 日
喪失の際使用されていた事業所	名称 <u>株式会社</u>	所在地 <u>東京都中央区 - -</u>	
被扶養者の有無	無 <u>有</u> (<u>2</u> 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	〒 <u>130-0000</u> <u>東京都墨田区両国 - -</u> TEL <u>03</u> () FAX <u>03</u> ()	
	氏名	フリガナ <u>ケンボ イチロウ</u> <u>健保 一郎</u> (<u>健保</u>)	<u>男</u> 大正 <u>昭和</u> <u>47</u> 年 <u>5</u> 月 <u>11</u> 日生 平成 (<u>37</u> 才)
申請月以降の 保険料納付方法	<u>毎月払い</u> ・ 半期前納 ・ 年間一括	出産手当金受給	有 ・ <u>無</u>
		傷病手当金受給	有 ・ <u>無</u>
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 平成 <u>21</u> 年 <u>4</u> 月 <u>1</u> 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

1. 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書
2. 承諾書【任意継続被保険者】
3. 世帯全員の住民票(続柄入り)
4. 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