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

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 1234　番号 5678	資格喪失年月日（退職日の翌日）	令和 6 年 12 月 2 日
喪失の際使用されていた事業所		名称 株式会社 ○ ○	所在地 東京都中央区○○○ △△ビル2階	
被扶養者の有無		無 有（　　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	〒 123-5678 東京都中央区日本橋大伝馬町△ー△ー△ ○○マンション123 TEL 03（ ○○○○ ）○○○○　FAX 03（ ○○○○ ）○○○○		
	フリガナ	ケンポ イチロウ	男・女	昭和 平成 5 年 10 月 1 日生（ 31 才）
	氏名	健保 一郎		
申請月以降の保険料納付方法		毎月払い・半期前納・年間一括	出産手当金受給	有・無
			傷病手当金受給	有・無
備考			資格確認書発行要否（どちらかに必ず✔）	☑ 必 要 ☐ 不 要

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 6 年 12 月 3 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

R6.12