

証 交 付 日
平成 年 月 日

常務理事	事務長	係	係

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

〔申請者記入欄〕

① 被保険者証 記号・番号	記号	番号	② 資格喪失時の 標準報酬月額	千円
③ 資格取得日	昭和 平成 年 月 日	④ 資格喪失日 (退職日翌日)	平成 年 月 日	
⑤ 資格喪失の際使用 されていた事業所	名 称			
	所在地			
⑥ 申請者の 氏 名	フリガナ		⑦ 生年 月 日	昭和 平成 年 月 日
⑧ 被扶養者の 有・無	有・無	備考		
⑨ 保険料納付方法 ※希望される納付方法に○ をつけてください。	1. 月払い 2. 半期前納(資格喪失月～9月分) 3. 全期前納(資格喪失月～3月分)		資格喪失月が9月から2月の方で前納を希望される場合は、3. 全期前納をご選択ください。 ※一旦ご入金頂いた保険料はご本人が死亡した時、または再就職された時以外は還付出来ません。	

上記の通り、申請します。

平成 年 月 日

TEL () -

申請者の 〒 -
住 所

携帯 () -

氏 名

印

ブラザー健康保険組合 殿

<注意事項>

- 1.健康保険法第20条の規定による期限(資格喪失の日から20日以内)を経過した後に申請書を提出する場合には、遅滞した理由を「備考」に記入して下さい。
- 2.引き続き被扶養者を認定する場合は「健康保険被扶養者(異動)届」及び必要な証明書等を提出して下さい。

〔健保記入欄〕

証 返 日 平成 年 月 日

任意継続番号

保険料の 内 訳	月分	円	郵 送	日	/
	月分	円	納 付	期 限	/
	合 計	円	入 金	日	/