|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務局長 | 課長 | 課長補佐 | 主任 | 主任 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |  |  |

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

**＊**申請時に保険料(現金)が必要です　　　　　　　　　　　　太枠のみ記入して下さい

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記　号 ・ 番　号 | － | | 資格喪失年月  【退職の翌日】 | 令 和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 資格喪失の際使用されていた事業所 | 名 称 |  | | |
| 所在地 |  | | |

　上記のとおり申請します　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令　和　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　請　　者 | 住所 | 〒　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | 性別 | | | 男 | | | | | | | 女 | | | | |
| 氏名 | ㊞ | | 個　人番　号 |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 生年月日 | 昭和 ・　平成　　　　年　　　　月　　　　日 | 自宅電話 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 携帯電話 |  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健 康 保 険 任 意 継 続 被 保 険 者 資 格 取 得 決 定 事 項 | | | | | | | | | |
| 在職時の記号・番号 | － | | | | 氏　　名 | |  | | |
| 資格期間 | | 昭和・平成・令和　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日（２ヶ月以上　有 ・ 無 ） | | | | | | | |
| 平　均　標　準　月　額 （R5.9末） | | | | **４7０**　　千円 | | 決 　定 | | 千円 | |
| 資格喪失時の標準報酬月額 | | | | 千円 | |
| 任意継続被保険者証の記号・番号 | | | | | **９　９　９　９**　― | | | | |
| 資格取得年月日 | | | 令和　　 　年　　 　月　 　　日 | | 資格喪失予定年月日 | | | | 令和　　 　年　　　 月　　 　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 保険料の支払方 | 退職後の予定 |
| ＜翌月～３月まで＞  毎月払　・　６ヵ月前納　・　１年前納 | 1. 就職（　 ／ 　 ）　・ 未定(　　　　　　　　) |
| 1. 開業 　（　　　　　　年　　　　　月頃　）   資格： 　税理士　 ・ 　公認会計士 　　 ・　 その他（　　　　　　　　　　　　　　　）  開業場所：　　　自宅　　　・　　その他  住所：  電話：　　　　　　 　（　　　　　　 　　） |
| ＜翌年４月以降＞  毎月払　・　６ヵ月前納　・　１年前納 |
|

|  |
| --- |
| 受付日付印 |
|
|
|
|