

健康保険任意継続

被保険者資格取得申請書

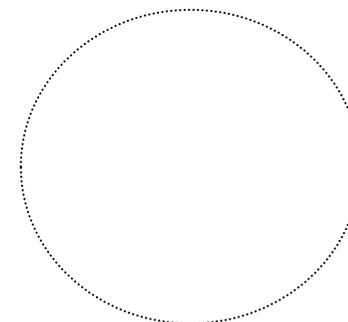
※ 発 送	令和 年 月 日	番 号	第 号
決 裁	令和 年 月 日	起 案	令和 年 月 日

※ 資格取得	年 月 日	資格喪失 (任継取得)	年 月 日	期 間 満 了	年 月 日	生 年 月 日	S・H 年 月 日
標準報酬月額	喪 失 時	決 定	健康保険料	調整保険料	介護保険料	計	
	千円	千円	円	円	円	円	

健康保険任意継続 被保険者記号	※ 整理番号	生 年 月 日	※ 資格取得年月日	※ 資格喪失予定年月日	※ 標準報酬月額
任 継 100		昭和 年 月 日 平成	令和 年 月 日	令和 年 月 日	千円
申請者の住所	〒 ー TEL ( ) ー				
申請者の氏名	フリガナ	男・女	備考		
最後に被保険者として 使用されていた事業所	名 称	所在地	最後に被保険者の資格を 喪失した年月日		
保険料納付方法 (番号を○で囲む)	健康保険被保険者証の 記 号 ・ 番 号		岐阜県プラスチック事業健康保険組合		
	記号	番号	令和 年 月 日		
	1. 単月納付 2. 半期前納 (4月分～9月分及び10月分～翌年3月分) 3. 1ヶ年前納 (4月分～翌年3月分)				

岐阜県プラスチック事業健康保険組合

受付日付印



被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)	
--	--

<注>  
この申請書は資格喪失の日から20日以内に必ず提出して下さい。  
※欄は記入しないで下さい。