

届書コード	処理区分	届書
2 3 1		

所 長	次 長	課 長	係 長	係 員

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

◎記入方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
※印欄は記入しないでください。

⑦	整理番号	① 資格喪失時の 社会保険事務所名	① 事務所符号	② 資格喪失時の 事業所整理番号	③ 資格喪失時の被保険者整理番号	④ 生 年 月 日	送信
※		社会保険事務所	※	※		明治 1 年 月 日 大正 3 昭和 5 平成 7	
⑥	郵便番号	フリガナ	⑧ 電 話 番 号			⑨ ※ 被 保 険 者 証 不 要	送信
⑦	申請者の住所	市区町村コード					
⑩	申請者の氏名・印		⑪ 性別	⑫ 資格取得年月日	⑬ 資格喪失予定年月日	⑭ 標準報酬月額	⑮ 備 考
	フリガナ		男・女	※ 年 月 日	※ 年 月 日	※ 千円	
⑯	最後に被保険者として使用されていた事業所	名称				⑰	最後に被保険者の資格を喪失した年月日
		所在地				年 月 日	

平成 年 月 日 提出

.....
受付日付印

【記入上の注意】

1. ㊦には資格喪失の際に使用されていた事業所の所在地を管轄する社会保険事務所の名称を記入してください。
2. ㊤の元号、㊤の性別は、該当する事項を○印で囲んでください。
3. ㊦には健康保険法第3条第4項及び第37条の規定による期限(資格喪失日から20日以内)を経過した後に申請書を提出する場合は、遅滞した事由を記入してください。
4. 被保険者の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

【留意事項】

1. 被保険者の資格期間は、原則として2年間です。
2. 保険料は全額自己負担することになります。
3. 被保険者の資格喪失は次の場合に限られており、任意に資格を喪失することはできません。
 - (1) 被保険者資格取得後の期間が、2年を経過したとき。
 - (2) 被保険者が死亡したとき。
 - (3) 保険料納付期日までに納付しないとき。
 - (4) 健康保険の被保険者となったとき。
 - (5) 船員保険の被保険者となったとき。
4. 扶養家族のある場合は、被扶養者届を添付してください。