

任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	担当

下記のとおり任意継続被保険者資格取得を申請します。

		令和 6 年 12 月 5 日 提出	
資格喪失時の記号・番号	記号 10	番号 1234	
資格喪失の年月日 (退職日の翌日)	令和 6 年 12 月 1 日		
資格喪失時の 事業所	事業主 名 称	デクセリアルズ株式会社	
	所 在 地	栃木県下野市下坪山1724	
給付金等振込指定先 ※被保険者本人名義に限る	〇 〇 銀行 品川		本店 〇 普通 当座
	口座番号	1234567	口座名義 ケンポ タロウ
	健 保 太 郎		
保険料納入指定区分 ※希望する番号に〇	1. 〇 毎月ごと 2. 半年分前納 3. 1年分前納		

保険料の納入期日までに入金の確認が取れない場合、資格喪失の手続きをとることに同意します。

被保険者氏名 健 保 太 郎

被扶養者状況(届)	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	住 所
	健 保 花 子	昭和 48 年 3 月 20 日 平成 令和	女	妻	被保険者と同じ
	健 保 健 太	昭和 16 年 5 月 5 日 平成 令和	男	長男	被保険者と同じ
	健 保 保 次 郎	昭和 27 年 9 月 11 日 平成 令和	男	父	〒279-0000 千葉県浦安市舞浜99-999
		昭和 年 月 日 平成 令和			

(※被扶養者状況が、現職時と異なる場合、「被扶養者異動届」と「その他添付書類」が必要です。)

申請者の住所	〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 1-1-1 自宅TEL 03 (1234) 5678 携帯TEL 080 (1234) 5678
メールアドレス	taro_kenpo@gmail.com

健 保 記 入 欄	任意継続被保険者 記号・番号	記号	番号		
	資格喪失時標準報酬月額		千円		
	喪失予定年月日		令和	年	月 日
	納付書	保険料入金	資格情報の お知らせ送付	資格確認書 送付	健保サイト

受付日付印