常務理事	事務長	担当	担当

健康保険　任意継続被保険者　資格取得申請書

※太枠内はすべてご記入ください。

被保険者情報	資格喪失時の被保険者証の	記号　　番号 —	生年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成　年　月　日	
	氏名・印	（フリガナ）	性別	☐ 男 ☐ 女
	住所（住民票住所）	（〒　－　）	住所（居所）	〒　－ ※住民票と異なる場合のみ記入
	電話番号	（　）	携帯番号	（　）
資格喪失時の事業所		名称	所在地	
資格喪失年月日		令和　年　月　日	資格喪失時の標準報酬月額	（千円）
			標準報酬月額	（千円）
任継取得年月日		令和　年　月　日	任継喪失予定年月日	令和　年　月　日
任継記号 ― 番号		5999　—		

健康保険　被扶養者届 【資格取得時】

被扶養者欄	氏名	生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の別
	フリガナ	☐ 昭和 ☐ 平成　年　月　日 ☐ 令和	☐ 男 ☐ 女			万円	☐ 同居 ☐ 別居
	フリガナ	☐ 昭和 ☐ 平成　年　月　日 ☐ 令和	☐ 男 ☐ 女			万円	☐ 同居 ☐ 別居
	フリガナ	☐ 昭和 ☐ 平成　年　月　日 ☐ 令和	☐ 男 ☐ 女			万円	☐ 同居 ☐ 別居
	フリガナ	☐ 昭和 ☐ 平成　年　月　日 ☐ 令和	☐ 男 ☐ 女			万円	☐ 同居 ☐ 別居

令和　年　月　日　提出

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付年月日