

常務理事	事務長	係

健康保険任意継続被保険者資格取得届

① 被保険者証 の記号と番号	記号	00	生年月日	MT SH 〇〇年 4月 1日	男 女	③ 申請者 の住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1
	番号	第000号	氏名	健保 太郎	(補)		TEL 000 (000) 0000
④ 資格喪失の際 使用されてい た事業所	事業所の 名称	株式会社〇〇〇〇			事業所の 所在地	東京都中央区〇〇〇〇	
⑤ 資格喪失 年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日			⑥ 資格喪失の際の 標準報酬月額	〇〇〇 千円		

⑦ 任意継続被 保険者証の 記号番号	記号	41	⑧ 前年度算定標 準報酬月額	千円	⑨ 決定報酬 月額	決定月額	千円	⑩ 告知番号
	番号	第 号				1ヶ月 保険料	円	
⑪ 任意継続被保険者 資格取得年月日	平成 年 月 日			⑫ 任意継続被保険者 資格喪失年月日	平成 年 月 日予定			

(注意)

船場健康保険組合

1. この届出は資格喪失後20日以内に提出して下さい。
2. 被扶養者がいる場合は別紙被扶養者届を提出して下さい。
3. 上記記入箇所は①から⑥まで太枠線内です。
4. ⑦から⑫までは当組合の記入欄ですので未記入のままご提出下さい。