

提出経路：《申請者》→《事業所健保担当者》

・ご記入いただいた個人情報は、表題の利用目的の範囲以外では使用いたしません。

仰 決 裁	常務理事	事務長	担 当 者	

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失時の 健康保険者証の 記号・番号	記号	氏 名	
	番号	生年月日	昭和 平成 年 月 日
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日		
標準報酬月額	資格喪失の際の標準報酬月額		等級 千円
	※理事長が公示した標準報酬月額		等級 千円
	※決定標準報酬月額		等級 千円
資格喪失時に使用 されていた事業所の名 称・所在地	名 称		
	所 在 地		
資格喪失前の被保険者 であった期間	自 年 月 日		
	至 年 月 日		
取 引 銀 行	銀行	支店	口座番号
備 考			
上記のとおり申請します。			
令和 年 月 日		住所 〒	
申請者		Tel番号	
		氏 名	
レゾナック健康保険組合常務理事 殿			

※ 退職日時点で、被扶養者がいて継続して扶養に入れる場合は、HPの申請書一覧より、
保険証・適用に関する書式の1『被扶養(変更)者』を印刷して一緒にご提出ください。