

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 1 2 3	氏 名	健 保 太 郎	
	番号 4 5 6 7 8 9	生年月日	昭和 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
標準報酬月額	資格喪失の際の標準報酬月額	健保で記入します		
	※理事長が公示した標準報酬月額			
	標準報酬月額	等級	千円	
名称・所在地	株式会社レゾナック 〇〇〇〇事業所			
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇号		
資格喪失前の被保険者であった期間	自 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	入社年月日		
	至 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	退職年月日		
取 引 銀 行	〇〇 銀行 〇〇 支店	口座番号 〇〇〇〇〇〇		
備 考	上記のとおり申請します。			
	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	住 所〒〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇号	
申請者		TEL番号 12-345-6789		
		氏 名	健 保 太 郎	
レゾナック健康保険組合常務理事 殿				

健保から給付金が発生した際の送金先となります。

※ 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。