

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 被 保 険 者 等 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	
資 格 確 認 書	<input type="checkbox"/> 不要		<input type="checkbox"/> 要 ※(マイナ保険証を取得していない方のみ)	
〒				
上記のとおり申請します。				
住所				
令和 年 月 日				
TEL番号				
氏 名				
申請者				
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。