

常務理事	事務長	係

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

令和 年 月 日

記号-番号	99 -	資格取得日	令和 年 月 日
標準報酬月額	千円	資格喪失予定日	令和 年 月 日
保険料	円 内 訳	(健康保険料) 円	(調整保険料) 円 (介護保険料) 円

太枠内を記入してください。記入漏れの確認により認定に時間を有する場合があります。漏れのないよう記入してください。

氏名	フリガナ (氏) (名)	男・女	生年月日	昭・平	年 月 日
在職中の保険証 記号-番号	-	資格喪失日	令和 年 月 日		
住所	〒 - 都道 府県				
電話番号					
被扶養者の有無	有・無 「有」を○で囲んだ場合は下記の被扶養者届欄に記入して下さい。				
事業所名					
被扶養者届					
被 扶 養 者 欄	氏名	生年月日	性別	続柄	住所
	フリガナ	昭・平 令	年 月 日	男・女	
	フリガナ	昭・平 令	年 月 日	男・女	
	フリガナ	昭・平 令	年 月 日	男・女	
	フリガナ	昭・平 令	年 月 日	男・女	
上記のとおり申請します。					
令和 年 月 日					
申請者氏名 印					

令和 年 月 日

ミドリ安全健康保険組合

理事長 松村 不二夫 殿

氏 名 印

念 書

私が、任意継続被保険者として納める保険料は、必ず納付期限までに納付することをお約束いたします。

なお、万一お約束を違えた場合には、健康保険法の定めるところにより被保険者の資格を喪失させられても、異議は申し立てません。