

常務理事	事務長	業務課長	係長	係員	証交付扱	任継番号	
						喪失時月額	千円
						組合平均月額	千円
						決定月額	千円
	標準報酬月額		保険料月額		強制取得年月日	・ ・	
資格取得時決定	千円		健	円	強制喪失年月日	・ ・	
			調	円	任継取得年月日	・ ・	
			介	円	任継喪失予定年月日	・ ・	
			計	円	生年月日	・ ・	
					被扶養者数		

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号		記号	番号
	資格喪失年月日		令和 年 月 日 (退職日の翌日を記入)	
	資格喪失の際の標準報酬月額		千円	
	資格喪失の際使用されていた事業所		名称	
			所在地	
	翌月以降の納付の希望 (いずれかに○を付けてください)		毎月納付 ・ 半期前納 ・ 通年前納 注：① 「半期前納」「通年前納」を希望された場合、任意継続被保険者資格取得日の属する月の月末までに前納保険料を納付ください。 ② 初回において、半期前納は9月分または翌3月分まで、通年前納は翌3月分まで納付することになります。	
	備考	※		
	上記のとおり申請します。 年 月 日 〒 ー 住所 被保険者 氏名 電話 () - () - () ナオリ健康保険組合理事長殿 FAX () - () - ()			

(ナオリ健康保険組合用紙)

注意事項

- ①備考欄※には、健康保険法第37条の規定による期限（資格喪失の日から20日以内）を経過した後に申請書を提出する際の遅滞した事由を記入してください。
- ②保険料が納期内に納入されない場合、自動的に資格喪失されます。
- ③住所、氏名、扶養家族等に変更があった場合、5日以内に変更届を提出してください。