

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

様式第 231 号

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険被保険者証記号・番号	—	資格喪失時の標準報酬月額	千 円
資格喪失年月日	平成 年 月 日	健康保険料の前納を ア 希望する（ 12 月間 6 月間 ） イ 希望しない	
最後に被保険者として 使用されていた事業所	名 称		
	所在地		
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日		

※ 資 格 取 得 決 定 事 項	
記号・番号	9001 ・
有効期限	平成 年 月 日
標準報酬月額	千円
保険料の前納	12 月間 ・ 6 月間

下記注意事項を了承のうえ、上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

申請者 氏

住所

氏名

印

電話

※印欄には記入しないでください。

- ◎ 住民票を必ず添付してください。
- ◎ 申請書を提出の際は、健康保険料（前納を希望する方は、前納分を含む。）を持参してください。
- ★ 国民健康保険料（税）の軽減措置に（該当する ・ 該当しない）。軽減措置とは、解雇や雇止などで離職した方が対象。
- ★ 強制適用（任意包括）の事業所に就職された以外は 2 年間、任意継続の脱退はできないことを了承いたしました。
- ★ 東京都電気工事健保福祉弘済会からの案内（アメリカンファミリー生命保険会社及び医薬品等の斡旋）を（希望する ・ 希望しない）。