

# 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失日は退職日の翌日です

(ご注意)

4 3 2 1

※印欄には記入しないこと。  
 この申請書には、申請者の居住証明（住民票）を添付すること。  
 遅滞した事由を記入すること。  
 ⑥欄には、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場合には、この申請書は、資格喪失の日から20日以内に申請すること。

① 健康保険被保険者証の記号及び番号	101 第 99999 号		③ 資格喪失の際の標準報酬月額	_____ 千円
② 資格喪失年月日	平成 △△ 年 4 月 11 日		_____ 千円	
④ 資格喪失の際使用されていた事業所	名 称	株式会社 東武百貨店		
	所在地	東京都豊島区西池袋1-1-25 電話 03( 3981 ) 2211 番		
⑤ 資格喪失の際の管轄都道府県知事又は組合の名称	_____ 社会保険事務所又 東武流通 _____ 健康保険組合			
⑥ 備 考				

様式第五号の四(規則第十五条)

会社で記入します

この欄は記入しないでください

※資格取得決定事項	
記 号 番 号	号
資 格 取 得 年 月 日	
資 格 喪 失 年 月 日	
標 準 報 酬 月 額	千円
申請者の資格関係について ( ) により確認した。	取
	喪
	標 千円

上記のとおり申請します。

平成△△年 4 月 12日

郵便番号 105-0000

本人が自署した場合は不要です

(申請者の)

住 所 東京都港区青山 X-X-X ハートイン青山101

氏 名 東武太郎

印

電話 03(3988)9327番

※被扶養者のいる方は被扶養者の方も載っている住民票をお願いします

添付書類  
住民票