

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

※太枠内にご記入下さい。

被保険者 氏名 フリガナ 氏名	(社員No.)	性別	生年 月日	昭和・平成 年 月 日
		男・女		
住民票住所	(〒 - - -)			
送付先住所	(〒 - - -) ※上記住民票住所と異なる場合のみご記入ください			
電話番号	自宅 : - - - 携帯 : - - -	E-mail :	@	
被保険者 記号 ・番号	(記号) (番号)			
資格喪失時 使用されていた 事業所名称	名 称			
	所 在 地			
	資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	資格喪失年月日	令和 年 月 日		
給付金 振込銀行名	銀行	普通預金 支店 No.		
<input type="checkbox"/> 資格確認書の発行が必要 ※必要な場合チェック				
伊藤忠健康保険組合 殿 上記の通り申請します。				
年 月 日	申請者氏名 _____			

<注意>

- 1) 法第20条の規定により、資格喪失の日から、20日以内に申請して下さい。
- 2) 保険料納付書送付後、期限日までに保険料を納付されなかった場合は、任意継続の加入資格を取り消す場合があります。

※本申請書の個人情報は任意継続資格取得に伴う加入者基礎情報管理目的として利用します。

健 保 記 入 欄	資格喪失時の 月 額	(千円)	任継後の 月 額	(千円)
	健康保険証 記号・番号	320-	任継後の 保 险 料	

記入例

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

住民票に登録されているものと
同じ氏名をご記入ください。

氏名 フリガナ 健太郎	性別 男・女	生年 昭和・平成・令和
住民票住所 (〒 ●●● - △△△△) 大阪市北区梅田 3-1-3	住民票の住所をご記入ください。 日本国内に住民票を有していない等の 場合は居所をご記入ください。	
送付先住所 (〒 -)	※上記住民票住所と異なる場合のみご記入ください	
電話番号 自宅: 06-2222-0000 携帯: 090-1111-3333	E-mail: Kenpo-taro@○△□.ne.jp	
被保険者番号 100-99999	(記号)	(番号)
名称 伊藤忠健康保険(株)	保険証に記載 されています。	
所在地 東京都△●区東京 1-2-3		
資格取得年月日 昭和 平成・令和 3年4月1日		
資格喪失年月日 令和 7年4月1日		
みずほ銀行 東京支店 No. 1234567	普通預金	ご退職日の翌日
<input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書の発行が必要 ※必要な場合チェック		
伊藤忠健康保険組合 殿 上記の通り申請します。		
ご署名ください		
2025年4月1日 申請者氏名 健康 太郎		

<注意>

- 法第20条の規定により、資格喪失の日から、20日以内に申請して下さい。
- 保険料納付書送付後、期限日までに保険料を納付されなかった場合は、任意継続の加入資格を取り消す場合があります。

※本申請書の個人情報は任意継続資格取得に伴う加入者基礎情報管理目的として利用します。

健保記入欄	資格喪失時の月額	(千円)	任継後の月額	(千円)
	健康保険証記号・番号 320-		任継後の保険料	