

常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

日本製紙健康保険組合 御中

令和 4年 7月 1日 提出

※ 記号 - 番号 -	申請者の氏名 (フリガナ) ニッポン タロウ 日本 太郎	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生 年 月 日 <input checked="" type="radio"/> 平成 45年 1月 1日 電 話 番 号 000 - (000) - 0000
申請者の住所 (住民票住所)	(フリガナ) 〒△△△-△△△△ ●●●●●●●●●● 1-2-3 番地	標準報酬月額	※ 千円
振込希望金融機関 東京 東京 (当 普) 9999999 銀行 支店		口座番号	任継資格取得年月日 ※ 年 月 日
事業主記入欄	最後に被保険者として 使用されていた事業所	名称	任継資格喪失予定年月日 ※ 年 月 日
		所在地	
	資格喪失の際の記号-番号 101 - 999999	資格喪失年月日 令和 ※24年 7月 1日	資格喪失時の標準報酬月額 千円

※離職日の翌日を記載
6月30日退職の場合は7月1

受 付 印

健康保険 任意継続被保険者債権台帳

債権者 (被保険者)	(フリガナ) 氏名	ニッポン タロウ 日本 太郎				生 年 月 日	記 号	番 号					
	住民票 住所	〒△△△-△△△△ ●●●●●●●●●● 1-2-3 番地 電話番号 03-3333-9999				昭和45年1月1日							
	居所住所	<small>※住民票住所と同様の場合は記載不要</small>				任意継続資格取得年月日	令和 年 月 日						
						" 資格喪失年月日	令和 年 月 日						
変更日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	変更日	年 月 日	年 月 日	年 月 日					
保険料額	千円	千円	千円	千円	標準報酬月額	千円	千円	千円					
令和 年度			令和 年度				令和 年度						
月	納入金額	納入日	備考	月	納入金額	納入日	備考	月	納入金額	納入日	備考		
4				4				4					
5				5				5					
6				6				6					
7				7				7					
8				8				8					
9				9				9					
10				10				10					
11				11				11					
12				12				12					
1				1				1					
2				2				2					
3				3				3					
令和	年度納入済額累計			円	令和	年度納入済額累計			円	令和	年度納入済額累計		円