

健康保険組合記入欄				
標準報酬 月額(千円)	喪失予定日	交付年月日	記 号 番 号	71
	年 月 日	年 月 日		

健康保険組合		
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

アサヒグループ健康保険組合 理事長殿

事業所 記入 欄	申請者の被保険者 記号番号	記 号	番 号	総務部・課長	健保担当者	
	事業所の申請書受理日	令和 年 月 日				
	資格取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日			備考	
	資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日 (退職日の翌日・任継資格取得日)			千円	
	資格喪失時の 在籍事業所	住所				
		名称				

☆任意継続被保険者の資格取得を申請します。

令和 年 月 日

申請者 記入 欄	郵便番号	—		電話番号	— —	
				携帯番号	— —	
	住所	都道府県				
	フリガナ					印鑑
	氏名	男・女				
	生年月日	昭和・平成 年 月 日				
保険料引落とし ゆうちょ銀行 口座	郵便局名	口座記号	通帳番号 ※右詰で記入してください		口座名義	
	郵便局					
緊急連絡先	氏名			本人続柄の	電話番号	自宅・携帯 — —

注:1. この申請書は、健康保険法により、資格喪失日から、20日以内に提出してください。

2. 被扶養者のいる場合は、<被扶養者(異動)届>を添付してください。

3. ゆうちょ銀行(郵便局)での申込手続きの後の<自動支払利用申込書(お客様控)>のコピーを添付してください。

4. 緊急連絡先は、被保険者と連絡がとれる方をかならず記入(親・子・兄弟等)にしてください。