

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

受 付 印

様式第5号の4（規則第15条）

① 健康保険被保険者証 の記号及び番号			
② 資格喪失の年月日	令和 年 月 日	③ 資格喪失の際の 標準報酬月額	千円
④ 資格喪失の際使用 されていた事業所	名 称		
	所 在 地		
⑤ 資格喪失の際の管轄都道府県知事又は組合の名称	大阪府木材健康保険組合		
⑥ 備 考			

上記のとおり、申請します。

令和 年 月 日

※ 以下の3つの条件すべてに該当すれば、被保険者資格を喪失した際、継続して被保険者になることができます（法第3条第4項、第37条第1項）

- 被保険者が、退職または健康保険法の適用除外事由に該当（たとえば、雇用形態が常勤から日雇に替えられた場合など）して資格を喪失したこと。
- 資格喪失の日の前日まで継続して2月以上被保険者（日雇特例被保険者、任意継続被保険者または共済組合の組合員を除く）であったこと。
- 資格喪失の日より20日以内に任意継続被保険者となる申出をすること。

申 請 者 の	住 所	〒 ー	
	ふりがな		
	氏 名		
	電 話 番 号	自宅 () 番	携帯 () 番

(記 載 例)

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

赤字の部分が記載箇所です

受 付 印

① 健康保険被保険者証の記号及び番号	100 ・ 100			様式第5号の4 (規則第15条)						
② 資格喪失の年月日	令和	1	年	5	月	1	日	③ 資格喪失の際の標準報酬月額	360	千円
④ 資格喪失の際使用されていた事業所	名 称	健康木材株式会社								
	所 在 地	大阪市〇〇区〇〇町〇-〇-〇								
⑤ 資格喪失の際の管轄都道府県知事又は組合の名称	大阪府木材健康保険組合									
⑥ 備 考										

上記のとおり、申請します。

令和 年 月 日

※ 以下の3つの条件すべてに該当すれば、被保険者資格を喪失した際、継続して被保険者になることができます(法第3条第4項、第37条第1項)。

- 被保険者が、退職または健康保険法の適用除外事由に該当(たとえば、雇用形態が常勤から日雇に替えられた場合など)して資格を喪失したこと。
- 資格喪失の日の前日まで継続して2月以上被保険者(日雇特例被保険者、任意継続被保険者または共済組合の組合員を除く)であったこと。
- 資格喪失の日より20日以内に任意継続被保険者となることの申出をすること。

申 請 者 の	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇
	ふりがな	けんぼ たろう
	氏 名	健 保 太 郎
	電 話 番 号	自宅 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇番 携帯 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇番