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

被保険者情報	退職時状況	記号・番号	・	事業所名称			
		資格取得年月日	昭和・平成・令和 年　月　日	資格喪失年月日 （退職日の翌日）	令和 年　月　日	標準報酬月額	千円
	氏　名			生年月日	昭和・平成 年　月　日	性別	男 ・ 女
	住　所	〒 電話　（　　）					

■被扶養者届（退職時に認定を受けていた方で、引き続き被扶養者として認定申請する方）
※必ずすべての項目にご記入ください。（「月収」は、給与・年金など、すべての合計金額を記入してください。）

氏　名	生年月日	性別	続柄	職業	月収	同居・別居の区別
	昭和・平成・令和 年　月　日	男 ・ 女			円	同居 ・ 別居
	昭和・平成・令和 年　月　日	男 ・ 女			円	同居 ・ 別居
	昭和・平成・令和 年　月　日	男 ・ 女			円	同居 ・ 別居
	昭和・平成・令和 年　月　日	男 ・ 女			円	同居 ・ 別居

上記のとおり、任意継続被保険者資格取得を申請します。

令和　　年　　月　　日 提出

野村健康保険組合理事長　殿

フリガナ
申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※この申請書は退職日の翌日から２０日以内に提出してください。
※保険料の納付は、後日組合より送付する納付書での振込となります。
※納付期限内に入金がない場合は、資格取消又は資格喪失となります。

マイナ保険証をお持ちの方には、資格確認書は発行されません。

受付日付印

任 継