

健 保 組 合 使 用 欄			
常務理事	事務長		

任意継続被保険者資格取得申請書

①健康保険 被保険者証の 記号及び番号	記 号 3001	番 号	②被保険者の氏名・性別				性	男
							別	女
			③生年月日		昭和 平成			
④資格喪失年月日		年 月 日			⑤資格喪失の際の 標準報酬月額		千円	
⑥資格喪失の 際使用されて いた事業所	名 称							
	所 在 地							
⑦資格喪失の際の組合の名称		ナイスグループ健康保険組合						
⑧ 〃 保険証記号番号		-						
またはマイナンバー								
⑨保険料の 支払い方法		保険料の支払い方法を選択して番号に○をつけてください。 1. 単月（毎月その月の保険料を当月10日までに支払う） 2. 前納（1年度分<翌3月までの分>をまとめて先に支払う） 3. 半期前納（半年分<4月～9月分・10月～3月分>をまとめて先に支払う） ※但し、加入月のみは必ず単月の扱いになります。						
⑩備考								

上記のとおり申請します。

年 月 日

ナイスグループ健康保険組合理事長殿

住所
申請者の 氏名
電話番号
メールアドレス

記入上の注意

⑩には資格喪失の日（退職などした日の翌日）から20日を経過した後に申請書を提出する場合には、遅滞した事由を記入すること。