※	常務理事	事務長	部長	係

※ 受 付	年 月 日
※ 決 定	年 月 日

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

（規則第15条関係）

①	記号	2020	※ 番号	（健保記入欄）	② 被保険者の氏名・性別	フリガナ	性別	男・女
③あなたのマイナンバー（個人番号）					④ 生 年 月 日	昭・平 令 年 月 日		
⑤ 任意継続被保険者資格取得日（退職日の翌日を記入）	令和 年 月 日				※ ⑥ 資格喪失の際の標準報酬月額（健保記入欄）	千円		
					※ ⑦ 任継取得時の際の標準報酬月額（健保記入欄）	千円		
⑧ 退職時の際使用されていた事業所（派遣者は派遣元）	名 称							
	所 在 地							
⑨ 退職時健康保険被保険者等記号・番号（退職後記入の場合は無記入可）	記号		番号		※資格取得日	年 月 日		
					※資格喪失日	年 月 日		
⑩ 資格喪失の際の組合の名称	博報堂健康保険組合							
※ ⑪ 備 考					⑫ 資格確認書発行要否（必要な場合は✓）	□ 発行が必要		

加入についての誓約書

・初回納付期限までに保険料を納付しなかった場合には任意継続の資格が取得できないことを了解いたします。
・任意継続の資格を取得した後、毎月の納付期限までに保険料を納付しなかった場合には健保法第38条に基づき、翌日をもって資格喪失となることを了解いたします。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

博報堂健康保険組合理事長殿

⑬ 申請者（被保険者）の

〒

住所

氏名

自宅 TEL （ ）

携帯 TEL

〈申請についての注意〉 消えるボールペンでの記入や、記入もれがある場合は受付できませんのでご注意下さい。

※は健保記入欄ですので記入しないで下さい。

① この申請書に振込先口座届出書と添付書類を、退職日翌日から20日以内（必着）へ追跡可能な特定記録等で健保組合にご提出ください。
扶養家族を申請する場合は、被扶養者異動届と添付書類が別途必要です（被扶養者異動届は事業所又は健保にあります）。
なお、扶養家族の申請に際し、扶養の実態があるかどうかの確認をさせていただいた結果、認定が取消となる場合があります。

② 申請と同時に加入月の保険料をお振り込みください（退職日翌日から20日以内厳守。保険料額は事業所、健保へお問い合わせください）。

①・②確認が出来次第、資格情報のお知らせを交付し、申請者の住所へ特定記録で郵送します。