

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

被保険者 喪失時の	記号		本 部			事業所 係			
	番号		常務理事	事務長	担当者				
資格喪失年月日	平成	年	月	日	生年月日	大・昭	年	月	日
性 別	男 ・ 女		資格喪失時標報月額			千 円			
資格喪失の際使用 されていた事業所		名 称							
		所在地							
給付金等振込先 (本人名義) * 郵便局は不可		銀行			支店		普 ・ NO 当		
		信金							

(本人記入不要・担当者記入欄)

任継取得年月日	平成	年	月	日	受 付 印
任継被保険者記号番号	記号 9 9 0 1 番号				
任継取得時標報月額	千円				
資格喪失時事業所での資格取得日	昭 ・ 平		年	月	日

上記の通り、申請します。

平成 年 月 日

〒

住 所 _____

申 請 者 氏 名 _____

ふりがな _____

T E L _____

印 _____