

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	101	本部			事業所 係
	番号	123456	常務理事	事務長	担当者	
資格喪失年月日	平成 21 年 9 月 16 日	生年月日	大 昭 24 年 5 月 19 日			
性別	男 女	資格喪失時標報月額	410 千円			
資格喪失の際使用 されていた事業所	名称	(株)クラレ				
	所在地	大阪市北区梅田1-12-39				
給付金等振込先 (本人名義)	三菱東京UFJ 銀行 大阪駅前 支店	信金	普 当	NO	137137	

(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 21 年 9 月 16 日

〒 665-0876

住所 宝塚市中山台1-1-1-11
申 請 者 けんぼ たろう 印
氏 名 健保 太郎
T E L 0797-11-2222