

任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	課長	係員

※太線枠内にご記入下さい

フリガナ				氏名コード
氏名				
性別	男・女	生年月日	昭・平	年 月 日
所属	内線 ()		退職日	
住所	(〒 -)			
電話番号	自宅 (- -)			
	携帯 (- -)			
保険料支払方法	(1) 毎月払		(2) 半年払	(3) 年払
給付金受取先	銀行 支店 口座番号			
	※銀行口座のわかる通帳のコピーを添付してください			
保険証記号・番号	記号		番号	
任継記号・番号	記号	30	番号	
資格喪失時の月額	千円			
資格取得年月日	平成 令和		年	月 日
資格喪失年月日	令和		年	月 日
資格喪失の際使用されていた事業所				
資格喪失の際の管轄都道府県知事または組合名称	ダイハツ健康保険組合			

令和 年 月 日

受付印

上記のとおり申請します。

ダイハツ健康保険組合理事長 殿