

# 任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	係長	係員

※太線枠内にご記入下さい

フリガナ	ケンポ タロウ			氏名コード
氏名	健保 太郎			12345
性別	男・女	生年月日	昭・平	2年1月1日
所属	健保	内線 ( 661-4990 )	退職日	2019.5.10
住所	( 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ) 保険証が届く住所を記入			
電話番号	自宅	( 000 - 111 - 2222 )		
	携帯	( 000 - 1234 - 5678 )		
保険料支払方法	(1) 毎月払	(2) 半年払	(3) 年払	
給付金受取先	〇〇銀行 〇〇支店 口座番号〇〇〇〇〇〇〇〇			
	※銀行口座のわかる通帳のコピーを添付してください (ゆうちょ銀行不可)			
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