

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

(平成 年 月分)

平成 年 月 日

※欄は記入しないで下さい。 性別欄男は1，女は2。
数字の記入…被保険者証番号は右づめに。

常務理事	事務長	課 長	係 長	係 員

※ 事務所番号	※ 被保険者証番号	取得 区分	元号	昭5. 平7. 生 年 月 日	性別	※ 取得年月日	※ 標準 報酬月額	フリガナ 被保険者の氏名	※ 退職前の 被保険者証番号	
9 0 0 0		4						(氏) (名)		

資格喪失の年月日	平成 年 月 日	資格喪失の際の 標準報酬月額	千円
資格喪失の際使用 されていた事業所	名 称		
	所在地		
上記のとおり、申請します。 平成 年 月 日			
〒 申請者の住所 フリガナ氏名 印 TEL - -			