

# 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

\* 申請に当たっては、太線内のみ記入押印してください。

健康保険被保険者証	記 号	番 号
フリガナ 被 保 険 者 氏 名		
被保険者生年月日	昭 和 ・ 平 成	年 月 日
退職時の所属事業所		
退 職 年 月 日	平 成	年 月 日
上記のとおり申請します。		
平成 年 月 日		
郵便番号 ー		
退職後 住 所		
電話番号 ( )		
申 請 者 氏 名		印
※ 申請事項に変更があった場合は必ずご連絡ください。		

健康保険組合処理欄			
常務理事	事務長	担当者	任意継続被保険者資格
			資格取得 平成 年 月 日
記 号	番 号	資格喪失予定	平成 年 月 日
2 2 2		標準報酬 月 額	円
旧 資 格 関 係	資 格 取 得	平 成	年 月 日
	資 格 喪 失	平 成	年 月 日
	資格喪失時の標準報酬月額		円
決 裁	承認 ・ 否認	被保険者証交付	平成 年 月 日
備 考			