

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	000	番 号	000
フリガナ 被 保 険 者 氏 名	保健 太郎			
被保険者生年月日	昭和・平成	00年	0月	0日
退職時の所属事業所	□□□□株式会社			
退職年月日	平成	00年	0月	0日
上記のとおり申請します。				
平成 0 年 0 月 0 日				
郵便番号 00 - 0000				
退職後	住所 〒000-0000 大阪市北区〇〇〇-〇-〇			
電話番号 0 (00) 0000				
申請者氏名	保健 太郎			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	課長	係長	担当者	任意継続被保険者資格
				資格取得 平成 年 月 日
				資格喪失予定 平成 年 月 日
				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				