

年 月 日

常務理事		担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

申請日	令和 年 月 日	フリガナ 氏名		生年 月 日	S・H・R 年 月 日					
健康保険被保険者証の記号番号	—		性別	男・女	資格喪失時の標準報酬月額	千円				
資格喪失年月日	年 月 日									
住 所	〒 (電話番号又は携帯番号)									
資格喪失の際使用されていた事業所の名称及び所在地										
被 扶 養 者 届	ふりがな	性別	生年月日	年齢	続柄	同居	職業・学校(学年)	年間収入額	備考	
	氏 名							収入内容		
		男 女	S・H・R 年 月 日			同居 別居		円		
		男 女	S・H・R 年 月 日			同居 別居		円		
		男 女	S・H・R 年 月 日			同居 別居		円		
		男 女	S・H・R 年 月 日			同居 別居		円		
		男 女	S・H・R 年 月 日			同居 別居		円		
	給付金の振込口座						口座名義(フリガナ)			
金融機関名										
支 店 名										
口 座 番 号										

【健保組合記入欄】

受付	記号番号 1000—	資格取得日 年 月 日	標準報酬 千円
----	---------------	----------------	------------