

受付	年 月 日	決 済		
		常務理事	事務長	担当者
決定	年 月 日			

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

①健康保険 被保険者証の 記号及び番号	記号	番号	② 被保険者の 氏名・性別	性別	男・女
			③ 生年月日	大・昭 平・令 年 月 日	
④ 資格喪失の年月日		年 月 日	⑤資格喪失の際の 標準報酬月額		千円
⑥資格喪失 の際使用 されていた 事業所	名 称				
	所 在 地				
⑦ 資格喪失の際 の組合の名称					
振込希望の銀行	銀行 支店 (普通 第 号)				
⑧ 備 考					

上記のとおり申請します。

年 月 日

志村化工健康保険組合理事長 殿

住所

自宅 TEL
携帯 TEL

申請者の

氏名

(印)