

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	〇〇〇	番号	〇〇〇〇	② 被保険者の氏名・性別	健保 太郎	性別	男・女
					③ 生年月日	大・昭平・令	〇〇年	〇〇月
④ 資格喪失の年月日			〇〇年 〇〇月 〇〇日		⑤資格喪失の際の標準報酬月額		〇〇〇 千円	
⑥資格喪失の際使用されていた事業所	名 称		〇〇〇株式会社					
	所 在 地		〇〇県〇〇市〇〇町 1-1-1					
⑦ 資格喪失の際の組合の名称			志村化工健康保険組合					
振込希望の銀行		〇〇〇〇〇	銀行	〇〇〇〇〇	支店 (普通当座	第	〇〇〇〇〇 号)
⑧ 備 考								

上記のとおり申請します。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

志村化工健康保険組合理事長 殿

住所 〇〇県〇〇市〇〇町 9-9-9

自宅 TEL 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

携帯 TEL 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

申請者の

氏名 健保 太郎

