

任意継続被保険者 資格取得申請書

\*印は記入しないで下さい。

常務理事		担当者	

資格喪失時の健康保険被保険者証の記号及び番号	記号		氏名		
	番号		生年月日	昭・平	年 月 日
資格喪失 年 月 日			(退職日の翌日) 令和 年 月 日		
標準報酬月額	資格喪失時の標準報酬月額				千円
	* 決定標準報酬月額				* 千円
資格喪失(退職)時の際、勤務されていた事業所名称	名称				
	所在地				
資格喪失前の被保険者であった期間	自 昭・平・令 年 月 日		年 ヶ月間		
	至 令和 年 月 日				
被扶養者	氏名	生年月日	性別	続柄	住所
備考					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

給付金等 支払希望先	銀行		支店		種別	普通	口座 番号	
---------------	----	--	----	--	----	----	----------	--