

受付	令和	年	月	日
決裁	令和	年	月	日
確認日	令和	年	月	日

決 裁				
理事長	常務理事	事務長		係

健康保険任意継続被保険資格取得申請書

☐ 太枠部分をご記入ください。

新証番号

①健康保険被保険者証の 記号及び番号	記 号	1	番 号	
②資格喪失の年月日	年	月	日	③資格喪失の際の 標準報酬月額 千円
④資格喪失の際 使用されていた事業所	名 称	株 式 会 社 中 村 屋		
	所在地	東京都新宿区新宿3丁目26番13号		
⑤資格喪失の際の組合の名称	中村屋健康保険組合			
⑥備 考				

※上記[備考]欄には、資格喪失の日(退職などした日の翌日)から20日を経過後に申請書を提出した場合の遅滞した理由を記入願います。

健康保険組合理事長 殿

上記のとおり、申請致します。

記入日 西暦 年 月 日

申請者住所	(〒)		
申請者氏名	フリガナ	印	西暦 年 月 日
連絡用 携帯電話	—		
連絡用 Emailアドレス	— @ —		

↓在職時の銀行口座より、変更する場合は、ご記入ください。

金融機関名	銀行・信金・信組 農協・労金		支店	
口座番号	普通預金	口座番号		
口座名義	※カタカナで記入			

◎保険証は、加入日以降の初回保険料入金確認後の発行となりますので、ご了承ください。

扶養 有 ・ 無	保険証回収日	PC処理日
	／	／

任継申請書(R3.04)