

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	担当者

注

大線枠のみ記入してください
提出期限・・・被保険者資格を喪失した日から20日以内

① 資格喪失前の被保険者証	記号	1	3	9	1	番号	5	0	0	0	② 資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成 25年 7月 1日	③ 資格喪失時の標準報酬月額	360千円									
④ 資格喪失まで所属していた事業所	名称	東リ株式会社								所在地	兵庫県伊丹市東有岡5-125												
⑤ フリガナ	ケンホ	タロウ									⑥ 被保険者の生年月日	昭和 平成	3	8	0	3	0	6	性別	男 女	被扶養者の有無	有	無
被保険者氏名	健保		太郎																				
⑦ 保険料の納付方法 ※希望する納付方法に○をしてください。		1.前納一年(年1回) 2.前納半年(年2回) 3.毎月																					

受付日付印

東リ健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり申請します。

⑧ フリガナ	ヒョウケン イタシ イタニシ クロユリダンチ	提出日	平成 25年 7月 1日	提出
住所	〒664-8610 兵庫県伊丹市伊丹西1-1-2 黒百合団地 402号室	連絡先	携帯	080-3355-6789
氏名	健保 太郎		自宅	072-775-4402

以下健保組合 記入欄

H25/7 改定

被保険者証	記号	1399	番号	組合加入年月日	昭和 平成	年	月	日	標準報酬 月額	千円
				任意継続の資格取得年月日	平成	年	月	日		