

# 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	番号	② 資格喪失年月日 (退職日の翌日)	平成	年	月	日	③ 資格喪失時の 標準報酬月額	千円					
④ 資格喪失まで所属 していた事業所	名称			所在地										
⑤ フリガナ				⑥ 被保険者の 生年月日	昭和	年	月	日	性 別	男 ・ 女	被扶養者 の有無	有	・	無
被保険者氏名				平成										
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			提出日	平成	年	月	日	提出
住所	〒 -		連絡先	携帯				
氏名	印			自宅				

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	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		