

常務理事	事務長	担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

注

太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)	令和	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								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
⑦ 保険料の納付方法 <u>※希望する納付方法に○をしてください。</u>		1. 一年前納払い 2. 半年前納払い 3. 毎月払い																							

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	令和	年	月	日	提出
住所	〒 -	連絡先	携帯				
氏名	印		自宅				

【健保組合記入欄】

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