

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	1	3	9	1	番号	5	0	0	0	② 資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 1年 5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													
被保険者氏名	健保		太郎			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
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。						<input checked="" type="radio"/> 1. 一年前納払い <input type="radio"/> 2. 半年前納払い <input type="radio"/> 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	ヒョウゴケン イタシ イタミニ クロユリダンチ	提出日	令和 1年 5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 印		自宅	072-775-4402	

**【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		