

受 付	年	月	日
決 定	年	月	日

決 済				
常務理事	事務長	係		

### 健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

①健康保険 被保険者証の 記号及び番号	記号	番号	② 被保険者の 氏名・性別	性別	男・女
			③ 生年月日	年	月
④ 資格喪失の年月日			年	月	日
			⑤資格喪失の際の 標準報酬月額		千円
⑥資格喪失 の際使用 されていた 事業所	名 称				
	所 在 地				
⑦ 資格喪失の際 の組 合 の 名 称					
⑧ 備 考					

上記のとおり申請します。

年 月 日

健康保険組合理事長 殿

住所

申出者の

氏名

(印)

記入上の注意

⑧には資格喪失の日（退職などした日の翌日）から20日を経過した後に申出書を提出する場合には、遅滞した事由を記入すること。