

経	常務理事	事務長	担当者
伺			

健康保険任意継続被保険者資格申請書

任意継続 記号番号		整理番号	資格喪失時の健康保険 被保険者の記号		資格喪失時の健康保険 被保険者証の番号		生 年 月 日			
							昭和 平成	年	月	日
郵便 番号	-	申請者の 住所	フリガナ					電 話 番 号		
								() -		
申 請 者 の 氏 名 ・ 印				資格取得年月日	資格喪失予定日	標 準 報 酬 月 額				
フリガナ			男 ・ 女			喪失時	決 定	保 險 料		
⑩								千円	千円	円
最後に被保険者 として雇用されていた 事業所		名 称				最後に被保険者の 資格を喪失した 年月日	年 月 日			
		所 在 地								

令和 年 月 日 提出

受付日付印

