

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		係	
① 健康保険被保険者証の記号及び番号	記号	000				
	番号	0000				
② 資格喪失の年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日					
③ 資格喪失の際の標準報酬月額	〇〇〇					千円
④ 資格喪失の際使用されていた事業所	名称	〇〇〇〇株式会社				
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1-1				
⑤ 被保険者が保険給付等を受ける場合振込を希望する金融機関	金融機関名	〇〇 銀行				〇〇 支店
	口座の種別	普通・当座・貯蓄				
	口座番号	00000000				
⑥ 備考						
上記のとおり申請します。						
令和〇〇年〇〇月〇〇日						
油研健康保険組合御中						
申請者の 元000-0000						
住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1						
(ふりがな) ケンボ タロウ						
氏名 健保 太郎						
日中連絡のつく電話番号(携帯可) 000 (0000) 0000						

(注) 健保法第20条の規定による期限(資格喪失の日から20日以内)を経過した後の申請の場合、備考欄に遅滞した理由を記入すること。