

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						
	番号						
② 資格喪失の年月日	令和 年 月 日						
③ 資格喪失の際の標準報酬月額	千円						
④ 資格喪失の際使用されていた事業所	名称						
	所在地						
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	銀行					支店
	口座の種別	普通・当座・貯蓄					
	口座番号						
⑥ 備考							
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>油研健康保険組合御中</p> <p>申請者の 印.....</p> <p>住.....所.....</p> <p>(ふりがな)</p> <p>氏 名.....印</p> <p>日中連絡のつく電話番号(携帯可).....(.....)</p>							

(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。