

部分に必要事項のご記入をお願い致します。

決		済		

受付	平成	年	月	日
決定	平成	年	月	日

規則第15条関係

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

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	平成 年 月 日 (退職日の翌日です)	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 資格喪失の際の組合の名称	日油健康保険組合		
⑥ 備考			

上記のとおり、申請します。

平成 年 月 日
健康保険組合理事長殿

申請者の

〒: _____

住所: _____

氏名: _____ 印

TEL: _____

記入上の注意

⑥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請書を提出する場合には、遅滞した事由を記入すること。

取引銀行:	支店:	受付日付印
口座 No.:	加入時 希望納付方法:	通期前納・半期前納・ MBS・月々口座支払

※恐れ入りますが、登録口座はゆうちょ銀行以外でお願い致します。

MBS→自動引落方法です。
月々口座支払→健保口座に毎月納付いただく方法です。