決	済			

受　付	年　月　日
決　定	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 健康保険被保険者の記号及び番号	記号		番号		
② 資格喪失の年月日		③　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資格喪失の際の組合の名称		日油健康保険組合			
⑥備　考		□　取得時に被保険者分の資格確認書の交付を希望します			

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：

申請者の

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。