

決 済				

受 付	年 月 日
決 定	年 月 日

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	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			

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 _____

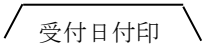
氏名： _____

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：	
口座 No.：	加入時 希望納付方法：	

※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。