

# 任意継続被保険者資格取得申請書

保険証記 号番号	記号	番号	被保険者氏名	
資格喪失 年月日	年	月	日	被扶養者の有無 有・無
資格喪失時の事業所名称				
健 保 組 合 記 入 欄	資格喪失時の標準報酬月額			保 険 料 合 計
		千円		
	任意継続資格取得時の 標準報酬月額			円
		千円		
認継記号・番号	記号	番号	一般保険料	円
			調整保険料	円
			介護保険料	円

上記の通り申請します。

平成 年 月 日.

三井製糖北糖健康保険組合 理事長 殿

住所 〒 \_\_\_\_\_

申請者の \_\_\_\_\_

TEL・FAX \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(注) 任意継続被保険者の資格を取得したい方は、この申請書にご記入の上、「自動払込利用申込書」及び被扶養者のある方は「被扶養者異動届」(証明書類も必要となります。)を添えて、資格喪失後20日以内に健康保険組合に到着するように提出してください。

三井製糖北糖健康保険組合

〒103-0015

東京都中央区日本橋箱崎町36番2号

TEL 03-3662-5056

受付日付印