

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	健保 太郎	
	000	0000			
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		株式会社			
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 〒000-0000

申請者の

県 市 町1-1

TEL・FAX 000-000-0000

氏名 健保 太郎



(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