

健保組合 宛

健康保険組合記入欄		常務理事	事務長	担当者	担当者
任意継続被保険者証	1000 -				
標準報酬月額	円				
資格取得年月日	年 月 日	発行日	年 月 日		
資格喪失予定年月日	年 月 日	回収日	年 月 日		
資格喪失年月日	年 月 日	備考			

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険被保険者証	記号	1	資格取得年月日	昭和 45 年 4 月 1 日			
	番号	1234	資格喪失年月日	平成 20 年 4 月 1 日			
当組合に加入している家族がいる場合		氏名	健保 花子	続柄	妻		
		氏名	退職日の翌日を記載してください			続柄	
		氏名		続柄			
銀行口座 (被保険者本人が名義人であるもの) *保険料の「自動引落」は出来ません							
(フリガナ)	銀行名	リソナ りそな銀行	(フリガナ)	本支店名	ウメダシテン 梅田支店		
種別	当座・普通・その他 ()		(フリガナ)	口座名義	ケンポ タロウ 健保 太郎		
口座番号	No.	1234567	口座番号				
備考							

上記のとおり申請いたします。

提出日を記入してください

平成 20 年 4 月 1 日

申請者

〒 550-0002

住所 大阪市西区江戸堀 1 - 2 - 3

氏名 健保 太郎

印

生年月日 昭和24年4月24日

電話番号 06 (6447) 5878

FAX

e-mail } 差支えなければご記入ください

サカティンクス健康保険組合 理事長 殿

注意

- この申請書は資格喪失の日から20日以内に提出して下さい。
- 鉛筆書き、記入漏れは受付不可。
- 資格喪失年月日は退職日の翌日を記入して下さい。
- FAX、e-mailはできれば記入して下さい。