

健康保険任意継続被保険者 資格取得申請書

提出日	年 月 日	大真空健康保険組合										
被保険者欄	勤務していたときの被保険者証の記号	被保険者証の番号				生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日		
	(フリガナ) (氏)	(名)				住所	〒 -					
						電話番号	⑩					

勤務していた事業所の名称	所在地					
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日					

* 任意継続被保険者の資格取得時に、同時に被扶養者になられる方についてご記入ください。

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
		(氏)		続柄	職業	収入 (年収)	円	住所	1.同居 2.別居		
	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
		(氏)		続柄	職業	収入 (年収)	円	住所	1.同居 2.別居		
	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
		(氏)		続柄	職業	収入 (年収)	円	住所	1.同居 2.別居		
	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
		(氏)		続柄	職業	収入 (年収)	円	住所	1.同居 2.別居		

※この申請書は退職後20日以内に健康保険組合に到着するようにご提出ください。

受付年月日

*** 健保記入欄 ***

喪失時報酬		千円
-------	--	----

決定	任継	9001 -
	喪失予定年月日	. .
	標準報酬	千円

常務理事	係員