

常務理事	事務長	係員

音羽健康保険組合理事長 殿

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

フリガナ 申請者・氏名	オトワ イチロウ 音羽 一郎		性別	男・女	生年月日	大正 昭和 00年4月1日 平成	資格喪失時 の 保険証番号	16 - 100											
資格喪失の年月日	平成 00年 00月 00日		資格喪失の際所属していた事業所			会社名													
被扶養者の有無	有・無	(注)「被扶養者が有」の場合は、「被扶養者異動届」と「必要書類」も同時に提出してください。																	
申請者の住所	〒 000-0000 東京都〇〇区〇〇町1-1																		
申請者の電話	自宅電話 000 - 000 - 0000		携帯電話 - -																
保険料引落とし及び補助金等の振込み銀行口座	××		銀行		〇〇		支店 (口座番号)		普通		△	△	△	△	△	△	△		
(注)「銀行口座」は、「申請者名義」のものに限ります。														(注)2年間固定です			前納・月払い		

上記のとおり申請します。平成 00年 00月 00日

(健保組合記入欄)

決定整理番号	99 -	資格取得年月日	平成 年 月 日
		喪失予定年月日	平成 年 月 日
決定標準報酬月額	千円	資格喪失時の標準報酬月額	千円