

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	Ⓜ	性別	男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日	資格喪失時 の 保険証番号	—
資格喪失の年月日	平成	年	月	日	資格喪失の際所属していた事業所			
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	〒							
申請者の電話	自宅電話	-	-	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		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 年 月 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			