健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事		事務長		係	

① 記号及び番号	記　　号	
	番　　号	
② 資格喪失の年月日	令和　　年　　月　　日	
③ 資格喪失の際の標準報酬月額	千円	
④ 資格喪失の際使用されていた事業所	名　　称	
	所 在 地	
⑤ 被保険者が保険給付等を受ける場合振込を希望する金融機関	金融機関名	銀行　　支店
	口座の種別	普通・当座・貯蓄
	口座番号	
⑥ 備考		

資格確認書作成の有無　　あり・なし

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

油研健康保険組合御中

申請者の　〒

住　所

(ふりがな)

氏　名　　印

日中連絡のつく電話番号(携帯可)　　(　　)

(注)　健保法第20条の規定による期限（資格喪失の日から20日以内）を経過した後の申請の場合、備考欄に遅滞した理由を記入すること。