

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	000				
	番号	0000				
② 資格喪失の年月日	令和 00年 00月 00日					
③ 資格喪失の際の標準報酬月額	000 千円					
④ 資格喪失の際使用されていた事業所	名称	〇〇〇〇株式会社				
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1-1				
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	〇〇 銀行 〇〇 支店				
	口座の種別	普通 当座・貯蓄				
	口座番号	0000000				
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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 油研健康保険組合御中 申請者の 元000-0000 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 (ふりがな) けんぼ たろう 氏名 健保 太郎 日中連絡のつく電話番号(携帯可) 000 (0000) 0000					

(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。