

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

①健康保険被保険者等の記号及び番号	記号		番号		②被保険者氏名・性別			
					③被保険者の生年月日 (和暦)	年	月	日
④資格喪失の年月日 (和暦)				⑤資格喪失時の標準報酬月額			千円	
⑥資格喪失の際に使用されていた会社名及び事業所名	会社名 事業所名	日清紡 株式会社 事業所						
	所在地							
⑦資格喪失の際の組合の名称		日清紡健康保険組合						
⑧資格確認書の要否		要 ・ 否						
⑨備考								

上記のとおり申請します。

(和暦) 年 月 日提出

日清紡健康保険組合理事長殿

申請者	住所	〒 -
	電話番号	
	氏名	

決裁			
常務理事		事務長	
			係