

係 員	部 課 長	事 務 局 長	常 務 理 事

健康保険組合 任意継続被保険者資格取得申請書

① 健康保険被保険者証の記号及び番号	—		
② 資格喪失の年月日	平成 年 月 日	③ 資格喪失の際の標準報酬月額	円
④ 資格喪失の際使用されていた事業所	名 称	見 本	
	所 在 地		
⑤ 資格喪失の際の備考	申請用紙は事業所担当者までご請求ください。組合		
⑥ 備 考			
⑦ 健保組合使用欄	50—	(取得による) 標準報酬月額	円

上記のとおり申請します。  
平成 年 月 日

郵便番号 —  
申請者の 住 所  
電話番号  
氏 名

**【記入上の注意】**

- (1) 住民票を添付してください。
- (2) ⑤には、資格喪失の際使用されていた事業所の所属する健康保険組合の名称を記入すること。
- (3) ⑥には、健康保険法第 37 条の規程による期限(資格喪失の日から 20 日以内)を経過した後に申請を提出する場合に、その遅滞した理由を記入すること。

**見 本**

**申請用紙は事業所担当者までご請求ください。**