

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

資格喪失時の 記号・番号	-	(フリガナ) 氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	〒 -		
		携帯電話	- -
		自宅電話	- -
資格取得年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日
勤務していた事業所	所在地	〒 -	
	名称		

振込 口座	銀行名		支店名	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

※返還金や給付金の振込に使用します。加入期間中に変更があった際はお知らせください。

被 扶 養 者 欄	氏名	生年月日	性別	続柄	収入	同居別居
	(フリガナ)	年 月 日	男・女		万円	同居・別居
	(フリガナ)	年 月 日	男・女		万円	同居・別居
	(フリガナ)	年 月 日	男・女		万円	同居・別居
	(フリガナ)	年 月 日	男・女		万円	同居・別居

年 月 日

上記のとおり申請いたします。

健 保 記 入 欄	任意継続被保険者証 記号・番号	9999	番号		標準報酬 月額	千円
	任意継続資格取得年月日	年 月 日	備考			
	任意継続喪失予定年月日	年 月 日				

受付日付印

常務理事	事務長	担当者

★この申請書は、資格喪失日より**20日以内**に当組合へ
ご提出ください。(20日以内必着)

i D A 健康保険組合

R6.1改訂