

見本

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

健康保険

任意継続被保険者資格取得申請書

記号	番号	氏名	性別	生年月日
123	456	港 太郎	男	昭和 47 年 7 月 18 日生 平成 〇〇 才
資格喪失の年月日	令和 2 年 10 月 1 日	資格喪失の際の標準報酬月額	260 千円	
勤務していた事業所名	名称	ミナト商事株式会社		
	所在地	東京都港区芝浦〇-〇-〇		
資格喪失の際の加入組合名		東京港健康保険組合		
※ 健保組合記入欄 ※				
任意継続被保険者記号・番号		資格取得年月日		標準報酬月額
記号	999	番号	令和 年 月 日	千円
資格喪失予定年月日	令和 年 月 日	備考		
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日				
〒 131-0031 住所 東京都墨田区墨田〇-〇-〇				
申請者 フリガナ ミナト タロウ				
氏名 港 太郎				
電話番号 03 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇				
東京港健康保険組合理事長 殿				

※ 資格喪失の日(退職日の翌日)から20日以内に申請してください。