

		<b>決 裁</b>		
		常務理事	事務長	職 員
<b>伺</b>	令和 年 月 日			
<b>決 定</b>	令和 年 月 日			

### 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

①健康保険被保険者証の記号番号		②被保険者の氏名・性別		性別	男 女
記号	番号				
		③生年月日		昭和 年 月 日 歳 平成	
④資格喪失年月日	令和 年 月 日	⑤個人番号(マイナンバー)			
		⑥喪失時の標準報酬月額		千円	
⑦資格喪失の際使用されていた事業所		名称			
		所在地			
⑧資格喪失の際の組合の名称		帝国ホテル健康保険組合			
⑨退職理由及び所属		定年・その他( ) 部 課			
⑩備考					

上記の通り申請します。

※資格取得決定事項	
記号・番号	20- 号
資格取得年月日	
資格喪失年月日	
標準報酬月額	千円
申請者の資格関係について ( )	得 喪
により確認した。	千円

令和 年 月 日

〒 -

申 住 所 \_\_\_\_\_

請 者 \_\_\_\_\_

の 氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

★振込銀行口座

金融機関名	銀行	
	支店	
口座番号	普通預金NO.	
預金名義人 (本人名義のみ)		

ご 注 意

- この申請書は、資格喪失の日から20日以内に提出すること。
- ⑩には資格喪失の日(退職した日の翌日)から20日を経過した後に申請書を提出する場合には、延滞した事由を記入すること。
- この申請書には、申請者の居住証明(住民票)を添付すること。又、扶養家族を加入する場合も、加入者全員の居住証明(住民票)を添付すること。
- 保険料の納付は、全て「銀行口座自動振替」により納付していただく為、申請時に各人が手続きを行うこと。但し、最初の2ヶ月分は、直接当健康保険組合へ納入のこと。