塩野義健康保険組合理事長殿

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

被保険者が記入する欄

氏名No.		被保険者証	記号		被保険者の	氏名		配偶者	有 / 無
			番号			生年月日		退職時年齢（満　歳）	

資格喪失時に被扶養者となっていた者で資格喪失後も被扶養者となる者	続柄	フリガナ 氏名	生年月日	住所
			年　月　日	
			年　月　日	
			年　月　日	
			年　月　日	

保険給付金の支払先（銀行振込）					
	フリガナ		フリガナ		普通・当座
	銀行		支店		
	口座No.		フリガナ		
			口座名義人		

資格取得年月日		資格喪失の際の標準報酬月額	,000円
資格喪失年月日（退職日の翌日）			

上記のとおり任意継続被保険者の資格を申請します。

（〒　　－　　）

申請者の住所

Tel　　－　　－

※住所は都道府県から記入して下さい。　　氏名　　印

健保組合処理欄

資格関係	年　月　日取得 平成　年　月　日喪失		任意継続資格取得日	平成　年　月　日	
任継資格の標準報酬月額	円		任意継続被保険者番号	91－	
任継資格の保険料	一般保険料　円		健保組合受付印	被保険者台帳記入	
	介護保険料　円			被保険者証作成	
第1回目保険料	平成　年　月　日受領			資格取得申請受理通知	
任意継被保険者資格取得の申請受理伺				保険料台帳記入	

理事長	常務理事	主任	係

平成　年　月分から

平成　年　月分まで前納