

受 付	年 月 日
決 定	年 月 日

決		裁	
常務理事		事務長	

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

(規則第15条関係)

① 健康保険被保険者証の記号及び番号	記号	番号	② 被保険者の氏名・性別	性 別	男 ・ 女
			③ 生年月日	明・大 昭・平	年 月 日
④ 資格喪失の年月日			年 月 日	⑤ 資格喪失の際の標準報酬月額	
⑥ 資格喪失の際使用されていた事業所		名 称			
		所 在 地			
⑦ 資格喪失の際の組合の名称		阪和興業健康保険組合			
⑧ 備 考	付加給付金振込先 銀行・支店・口座No.				

上記のとおり申請します。

年 月 日

阪 和 興 業 健康保険組合理事長殿

郵便番号

住 所

申請者の

氏 名

㊟

電話番号

記入上の注意

⑧には資格喪失の日（退職などした日の翌日）から20日を経過した後に申請書を提出する場合には、遅滞した事由を記入すること。