

常務理事	事務長	主任	取扱者	喪失時額	千円	任 継	記号番号	20・
				決定月額	千円		資格取得年月日	令和 年 月 日
前資格 期 間	取得	年 月 日	保険料額	健康保険料	円		資格喪失予定年月日	令和 年 月 日
	喪失	年 月 日		介護保険料	円			

..... 上欄は記入しないでください

保険証の番号			健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書				
退職年月日			令和 年 月 日				
退職時に勤務 していた事業所の	名 称						
	所 在 地						
給付金を受け取るための あ な た の 口 座			銀行 信金	本・支店	普通 当座	No.	
					名義		
支 払 い 方 法			1. 毎月 2. 前納				
資格確認書発行要否			☐ 発行が必要				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 TEL ()

住 所

氏 名

生年月日 昭和・平成 年 月 日生