

受付 令和 年 月 日

	常務理事	資格取得年月日		昭和 平成 令和 年 月 日		
		資格喪失年月日		令和 年 月 日		
		標準報酬月額	喪失時	千円	決	千円
事務長	担当者				定	
		任継資格喪失予定年月日		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及び番号	1 —	2 0 —	
②資格喪失の年月日	令和 年 月 日	③資格喪失の際の標準報酬月額	千円
④資格喪失の際使用されていた事業所の	名称	株式会社大垣共立銀行	
	所在地	岐阜県大垣市郭町3丁目98番地	
⑤資格喪失の際の組合の名称	大垣共立銀行健康保険組合		
⑥備考			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 _____

住所

申請者 氏名

印

携帯電話 () _____

※日中連絡可能な電話番号

記入上の注意

⑥には健康保険法第37条の規定による期限（資格喪失の日から20日以内）を経過した後に申請書を提出する場合には遅延した理由を記入。

◎ 付加給付等振込口座 指定口座番号……大垣共立銀行 _____店

普通預金 No. _____

大垣共立銀行健康保険組合 (健資 020)