

受付年月日	平成	年	月	日
決定年月日	平成	年	月	日
任継決定番号	記号	2800	番号	

決 裁	常務理事	事務長	主 管	担当者

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

①	健康保険被保険者記号番号	記号	番号	
②	被 保 険 者 氏 名			性 別 男 女
③	生 年 月 日	昭和・平成	年	月 日
④	資 格 喪 失 年 月 日	平成	年	月 日
⑤	資格喪失時の標準報酬月額	千円		
⑥	資格喪失の際使用 されていた事業所	名 称		
		所 在 地		
⑦	資格喪失の際加入していた 健康保険組合の名称	日本ケミコン健康保険組合		
⑧	希 望 納 付 方 法	月払い ・ 半年前納 ・ 1年前納		
⑨	備 考			

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿

住所 〒 \_\_\_\_\_  
 申請者 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

《記入上の注意》

- \* ①欄の保険証記号・番号は、被保険者であった当時の保険証の記号・番号を記載してください。
- \* ⑧欄には、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、遅滞した理由を記入してください。

受付日付印