

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	2800	番号	0000	
②	被 保 険 者 氏 名	健 保 慎之介			性 別	男 女
③	生 年 月 日	昭和・平成 00 年 00 月 00 日				
④	資 格 喪 失 年 月 日	平成 00 年 00 月 00 日				
⑤	資格喪失時の標準報酬月額	000 千円				
⑥	資格喪失の際使用 されていた事業所	名 称	0 0 0 0 株式会社			
		所 在 地	東京都00区00町00丁目00番地00号			
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 00 年 00 月 00 日

日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿

住所 〒 000-0000
東京都00市00町00丁目00番地00号

申請者 _____

氏名 健 保 慎之介 ⑧

《記入上の注意》

受付日付印

* 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。