

所属 _____ 氏名 _____

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

健 保 組 合	常務理事	事務長	係

健康保険被保険者証	記号														
	番号														
資格喪失の年月日	令和 年 月 日	資格喪失の際の標準報酬月額	千円	前年9月30日現在の平均標準報酬月額	千円										
資格喪失の際使用されていた事業所	名称														
	所在地														
資格喪失の際の組合の名称		近畿日本鉄道健康保険組合													
振込銀行口座番号等を記入してください (但し、 <u>ゆうちょ銀行を除く</u>)		銀行コード ()	支店コード ()	銀行	支店										
備考				普	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										

上記のとおり申請します。
令和 年 月 日

生	年	月	日
昭和	年	月	日
平成			

〒	_____
(フリガナ)	_____
申出者の住所	_____
(フリガナ)	_____
氏名	_____ 男・女
電話	() _____

(注) 備考欄には、健康保険法第37条第1項の規定による期限（資格喪失の日から20日以内）を経過した後に申出書を提出する場合には、遅滞した理由を記入すること。

要・保・ (月 日受取)