

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

常務理事	事務長	担当者

被保険者証の記号及び番号	000 — 0000	※ —	※は記入しないでください
資格喪失の年月日(退職日の翌日)	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	資格喪失の際の標準報酬月額	〇〇〇〇 千円
所属していた 事業所の	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1	
	名称	〇〇〇〇株式会社	
資格喪失の際の組合の名称	三菱地所健康保険組合		
支払い方法(いずれかに○)	一括 <u>月払い</u>	保険料	〇〇〇〇 円
備考			

上記のとおり申請します。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

〒000 — 0000

住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1

フリガナ ミツビシ タロウ

申請者の氏名 三菱 太郎

生年月日 昭
平
令 〇〇年 5月 1日

電話番号 000-000-0000

健康保険法第37条の規定により、資格喪失の日から20日以内に申請が必要となっています。