

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	—	※	—	※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 年 月 日	資格喪失の際の標準報酬月額		千円
所属していた 事業所の	所在地			
	名称			
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	月払い	保険料	円
備考				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 —

住所

フリガナ

申請者の氏名

生年月日 昭平令 年 月 日

電話番号

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。