

蝶理健康保険組合 御中

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

		理事長	常務理事	事務長	担当
健康保険被保険者証の記号及び番号	記号	10	番号	101234	
資格喪失の年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日			資格喪失の際の標準報酬月額	千円
資格喪失の際使用されていた事業所	名称	〇〇株式会社			
	所在地	東京都〇〇区〇〇1-2-3			
資格喪失の際の管理都道府県知事又は組合の名称			蝶理健康保険組合		
健康保険給付金振込先	〇〇銀行 〇〇支店	預金種別	口座番号	名義(カタカナ)	
		普通	1234567	ケンポタロウ	
納付方法	毎月 半期前納 一括前納				

上記のとおり、申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

申請者の住所

〒 000-0000

東京都〇〇区〇〇4-5-6-708

TEL

03-0000-00000

FAX

メールアドレス

ken-potarou@0000.00.jp

(携帯可)

氏名

健保太郎

㊞