

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		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
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	銀行	支店	預金種別	口座番号	名義(カタカナ)
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 年 月 日

申請者の住所

TEL

メールアドレス

氏名

〒	
	FAX
(携帯可)	
	㊞