

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険資格喪失前の証記号番号			被保険者氏名					
			生年月日	年	月 日			
健康保険資格	取得の年月日	年	月	日	喪失の年月日	年	月	日
資格喪失の際の標準報酬月額	千円	任意継続月額保険料額			円			
任継取得の際の標準報酬月額	千円	内訳	一般	円	調整	円		
			介護	円				
被保険者の住所	〒 ー							
被保険者の電話番号	ー ー							
振込希望の銀行口座	銀行	支店	口座番号	普通当座				
備考								

上記のとおり申請いたします。

申請者の氏名