

# 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

赤太枠内ご記入・ご捺印ください

健康保険資格喪失前の 証 記 号 番 号	3-123	被保険者氏名	健保 太郎				
		生年月日	1950 年 4 月 30 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	事業所で記入				円		
任継取得の際の 標準報酬月額	千円	内訳	一般 介護	円・調査 円	円		
被保険者の 住所	〒 348 - 8501 埼玉県羽生市東5-8-3						
被保険者の電話番号	048 - 561 - 3575						
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 健保 太郎