

常務理事	事務長		係	※任意継続被保険者証
				※記号
				※番号
				8000

## 健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

申請日 年 月 日

申請者記入	在職中の保険証の記号・番号			資格喪失の年月日（退職日の翌日）								
	記号		番号	平成	年	月					日	
	フリガナ				生	年	月	日	性別	資格喪失時の標準報酬月額		
	申請者氏名	印			昭和	年	月	日	男女	千円		
	フリガナ											
	住所	〒 ー 都道府県										
		E-MAIL			TEL			ー ー				
	勤務していた事業所	名称										
		所在地										
	被扶養者申請	増減別	フリガナ氏名	生年月日			性別	続柄	職業	同居の別	収入の有無	収入(年額)
	増減		S	年	月	日	男・女		同居・別居	有・無	万円	
	増減		S	年	月	日	男・女		同居・別居	有・無	万円	
	増減		S	年	月	日	男・女		同居・別居	有・無	万円	
	増減		S	年	月	日	男・女		同居・別居	有・無	万円	
	増減		S	年	月	日	男・女		同居・別居	有・無	万円	
	増減		S	年	月	日	男・女		同居・別居	有・無	万円	
備考欄												

※資格喪失日（退職などした翌日）から20日を経過した後に申請書を提出する場合には備考欄に延滞した理由を記入すること。  
 ※保険料を指定期日までに納付されない場合はこの申請は無効となります。

受付日付印

宝グループ健康保険組合