

◎ 資 格	取得	.	.
	喪失	.	.
	喪失時の報酬	千円	

◎ 決 定	任 継	号
	喪失予定	.
	標準報酬	千円

常務理事	事務長	課 長	業 務	◎ 伺

みづほ健康保険組合

◎ 受 付 印

(健 康 保 険)

任意継続被保険者資格取得申請書

被保険者証の記号・番号	—			
被 保 険 者 氏 名	ふりがな	性 別	男・女	資 格 喪 失 年 月 日 (退職日の翌日)
被 保 険 者 生 年 月 日	大 正 和 成 昭 平 年 月 日生			令 和 年 月 日喪失
資 格 喪 失 の 際 使用されていた事業所	所在地			
	名 称			
備 考	納付方法 (いずれかに○印)	毎月納付	9月までの前納	来年3月までの前納

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所

TEL

申 請 者

氏 名

㊞

- * この申請書は会社退職後20日以内に健康保険組合へ到着するように提出してください。
- * (期日が遅れると申請できません)
- * ◎印の入っている欄は記入しないでください。
- * 郵便番号、電話番号まで もれないよう正確に記入してください。
- * 引き続き被扶養者(家族)の認定をされる場合は被扶養者(増減)届も提出してください。