

受 付	令 和	年	月	日
決 定	令 和	年	月	日

常務理事	事務長	係

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

① 健康保険被保険者証の記号及び番号	記号	2 0	番号	
② 資格喪失の年月日	令和	年	月	日
			③ 資格喪失の際の標準報酬月額	千円
④ 資格喪失の際使用されていた事業所	名 称			
	所在地			
⑤ 資格喪失の際の組合の名称		京葉銀行健康保険組合		
⑥ 備 考	決定標準報酬月額 千円			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

京葉銀行健康保険組合理事長 殿

〒

申請者の
住 所
氏 名

印

生年月日 昭和 平成 年 月 日

電話番号 ()

付加金振込口座 京葉銀行 支店
普通預金 No.

納付方法 月納希望 ・ 前納希望

<記入上の注意>

⑥には、資格喪失の日（退職などした日の翌日）から20日を経過した後に申請書を提出する場合には、遅滞した事由を記入すること。

受付日付印