

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	〇〇〇〇
② 資格喪失の年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	③ 資格喪失の際の標準報酬月額	〇〇〇千円	
④ 資格喪失の際使用されていた事業所	名 称	株式会社 京葉銀行		
	所在地	千葉市中央区富士見 1 - 1 1 - 1 1		
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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

京葉銀行健康保険組合理事長 殿

申請者の

住 所

〒 〇〇〇-〇〇〇〇
千葉県千葉市〇〇区〇〇町〇〇

氏 名

京葉 太郎



生年月日

昭和 〇〇年 4 月 1 日
平成

電話番号

〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

付加金振込口座

京葉銀行 〇〇〇 支店
普通預金 No. 〇〇〇〇〇〇〇

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