

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	20	番号	0000						
② 資格喪失の年月日	令和	00	年	00	月	00	日	③ 資格喪失の際の標準報酬月額	000	千円
④ 資格喪失の際使用されていた事業所	名称	000000								
	所在地	00県00市00町00								
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00年00月00日

京葉銀行健康保険組合理事長 殿

申請者の

住所 千 000-0000
千葉県千葉市00区00町00

氏名 京葉 太郎



生年月日 昭和 00年 4 月 1 日
平成

電話番号 00 (0000) 0000

付加金振込口座 京葉銀行 000 支店
普通預金 No.000000

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