

受付日付印

決		裁
常務理事	事務長	係

受付 令和 年 月 日

新被保険者証	記号	1990	決定標準報酬月額	千円	
記号・番号	番号				
一般保険料	円	介護保険料	円	合計保険料	円
資格取得年月日	令和 年 月 日	資格喪失予定年月日	令和 年 月 日		

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

(則第15条関係)

日本無線健康保険組合 常務理事 殿			令和 X 年 X 月 X 日 申請		
資格喪失時の被保険者証記号・番号	記号	1010	フリガナ	ケンポ タロウ	印
	番号	99999	被保険者の氏名	健保 太郎	
生年月日	昭和・平成 XX 年 X 月 X 日 生 ○○歳				男・女
被保険者の住所	〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○町 1-2-3			被扶養者の有無	有・無
電話番号	○○-○○○○-○○○○				
資格喪失年月日	令和 X 年 X 月 X 日 (退職日の翌日を記入)		資格喪失時の標準報酬月額	500 千円	
資格喪失時使用されていた事業所	名称	日本無線(株)			
	所在地	東京都中野区中野 4-10-1			
給付金等振込銀行	○○○ 銀行 ○○○ 支店 普通預金 当座預金 (ゆうちょ銀行は不可)				
	店番号	○○○	フリガナ	ケンポ タロウ	
	口座番号	○○○○○	口座名	健保 太郎	

資格喪失の日から 20 日以内に提出。