

常務理事	事務長	係員

音羽健康保険組合理事長 殿

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

フリガナ 申請者・氏名	オトワ イチロウ 音羽 一郎		性別	男・女	生年月日	昭和 平成 令和	00年4月1日	資格喪失時 の 保険証番号	16 - 100			
資格喪失の年月日	令和 00年 00月 00日		資格喪失の際所属していた事業所			会社名						
被扶養者の有無	有・無	(注)「被扶養者が有」の場合は、「被扶養者異動届」と「必要書類」も同時に提出してください。										
申請者の住所	〒 000-0000 東京都〇〇区〇〇町1-1											
申請者の電話	自宅電話	000	-	000	-	0000	携帯電話	-	-	-	-	
保険料引落とし及び補助金等の振込み銀行口座	××		銀行	〇〇	支店 (口座番号)	普通	△	△	△	△	△	△
(注)「銀行口座」は、「申請者名義」のものに限ります。										納付方法:月払		

上記のとおり申請します。 令和00年 00月 00日

(健保組合記入欄)

決定整理番号	99 -	資格取得年月日	令和 年 月 日
		喪失予定年月日	令和 年 月 日
決定標準報酬月額	千円	資格喪失時の標準報酬月額	千円