健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

健保組合	常務理事	事務長		担当者

被保険者等の記号・番号 （保険証等に記載）	記号　　番号	資格取得年月日 （保険証等に記載）	昭　平　令 年　月　日
資格喪失の際の標準報酬月額	等級 円	資格喪失年月日 （退職日の翌日）	令 年　月　日

資格喪失の際使用されていた事業所	名称	株式会社
	所在地	名古屋市熱田区桜田町１９番１８号
資格喪失の際の組合名称		東邦ガス健康保険組合

保険料のご案内 （丸で囲んで下さい）	①前納　一年一括払い /　～　/3 円	②前納　半年払い /　～　/ 円	③毎月払い 円

その他	①扶養家族の有無　有　無 ②取引銀行名及び口座番号 銀行　本店　支店　普通　口座番号	銀行コード		支店コード	

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日

東邦ガス健康保険組合理事長　殿

申請者

住　所

（ふりがな）（　　）

氏　名

生年月日　昭　平　年　月　日生

郵便番号＿＿＿＿＿＿　電話番号＿＿＿＿＿＿

① 扶養家族の有る人は別に被扶養者（異動）届を提出して下さい。
② 健康保険法２０条の規程による期限（資格喪失の日から２０日以内）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健康保険組合に連絡の事。