

受付	年	月	日
決定	年	月	日

決		済		
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

(規則第15条関係)

① 健康保険被保険者証の記号及び番号	記号	210	番号	1010	②被保険者の氏名・性別	中央 三郎	性別	男・女
					③生年月日	昭・平 38年 5月 1日		
④ 資格喪失の年月日	令和 1年 5月 1日			⑤資格喪失の際の標準報酬月額	360千円			
⑥ 資格喪失の際使用されていた事業所	名称	リケンテクノス株式会社						
	所在地	東京都千代田区神田淡路町二丁目101番地						
⑦ 資格喪失の際の組合の名称	リケンテクノス健康保険組合							
⑧ 備考								

上記のとおり申請します。

1年 5月 1日

リケンテクノス健康保険組合理事長殿

〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇

住所 三重県亀山市〇〇〇〇

申請者の

氏名 中央 三郎

TEL 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇

シャチハタ印不可です

印

### 記入上の注意

⑧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。