

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

決 裁		
常務理事	事務長	担当

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

※のところに記入してください。

※在籍時の 被保険者証の 記号・番号	記 号		番 号		80 -
任意継続資格取得年月日	令和	年	月	日	資格喪失の際の 標準報酬月額 千円
任意継続資格喪失予定年月日	令和	年	月	日	
※資格喪失の際、使用されていた事業所の名称					株式会社
※納 入 方 法	・毎月払い ・前納払い(3月と9月)				いずれかを○で囲んでください

上記の通り申請します。

三協・立山健康保険組合理事長殿

※ 令和 年 月 日

※ 〒 -

※ 住所 _____

【 受付印 】

※ 氏名 _____ 印

※ 生年月日 昭和・平成 年 月 日

※ T E L _____