

受 付	令和 年 月 日
決 裁	令和 年 月 日

常務理事	事務長	課 長	担 当

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

健康保険被保険者 証の記号及び番号	記号		番号		被保険者氏名	
					生年月日	
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日				資格喪失の際 の標準報酬額	
勤務していた 事業所	名称					
	所在地					
資格喪失の際の 組合の名称	丸全昭和運輸健康保険組合					
保険料の 納付方法	1. 毎月納付 2. 6ヶ月前納 3. 12ヶ月前納					
資格確認書の 要否	☐ 資格確認書の発行が必要					

上記のとおり、申請します。

令和 年 月 日

丸全昭和運輸健康保険組合理事長 殿

受付日付印

〒 —

住所

氏名

電話 ()