

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

*理事長	常務理事	事務長	係員

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

① 記号		② 被保険者氏名				
番号		③ 生年月日	昭・平	年	月	日
④ 資格喪失の年月日	令和	年	月	日	⑤ 標準報酬月額	千円
⑥ 資格喪失の際 使用されていた事業所	名称					
	所在地					
⑦ 資格喪失の際の組合の名称	ゼ ロ 健 康 保 険 組 合					
⑧ 振込先 銀行口座	フリガナ	銀行	口座番号			
	フリガナ	支店	口座名義人名	フリガナ		
⑨ 備考						

上記のとおり申請します。

* 納入方法 毎 月 ・ 前 納 (○で囲って下さい)

令和 年 月 日

ゼロ健康保険組合 理事長 殿

〒

申請者の住 所

氏 名

T E L

(印)

記入上の注意

資格喪失の日（退職などをした日の翌日）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⑨に記入すること。