

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 番号	② 被保険者氏名						
	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		口座番号				
	銀行		口座名義人名		フリガナ		
		フリガナ		支店			
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

TEL

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。