

| | |
|----|----------|
| 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

| | | | | | |
|------------------|-----------------|-------------------|-----|---|-----|
| 被保険者証の 記号・番号 | — | 被保険者名 | | | 男・女 |
| | | 生年月日 | 昭・平 | 年 | 月 日 |
| 資格喪失年月日 | 令和 年 月 日 | 資格喪失の際の 標準報酬月額 | 千円 | | |
| 事業所 名称 | 公益財団法人 天理よろづ相談所 | | | | |
| 事業所 所在地 | 奈良県天理市三島町200番地 | | | | |
| 資格喪失の際 の組合の名称 | 天理よろづ相談所健康保険組合 | | | | |
| 備考 | | | | | |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

天理よろづ相談所健康保険組合理事長 殿

〒 —

住所

申請者の

TEL — —

氏名

印

※ 資格喪失の日から、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。