

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。