

受付	令和 年 月 日
決定	令和 年 月 日

決		裁	
常務理事	事務長		担当者

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書

(規則第十五条関係)

① 健康保険被保険者証の記号及び番号	記号	番号	② 被保険者の氏名	性別	男女
			③ 生年月日	昭和 平成 年 月 日	
④ 資格喪失の年月日		令和 年 月 日	⑤ 資格喪失の際の標準報酬月額		千円
⑥ 資格喪失の際使用されていた事業所	名称	株式会社オリジン			
	所在地	埼玉県さいたま市桜区栄和3-3-27			
⑦ 資格喪失の際の組合の名称		オリジン健康保険組合			
⑧ 備考					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

オリジン健康保険組合理事長殿

〒.....

受付印

住所.....

申請者の

氏名.....

電話.....(.....)

※日中連絡がつく電話番号をご記入ください。

メールアドレス.....

※退職後(任意継続中)に連絡できるアドレスをご記入ください。

記入上の注意

⑧には資格喪失の日(退職などした日の翌日)から20日を経過した後に申請書を提出する場合には、遅滞した事由を記入すること。