

受付	平成	年	月	日
決定	平成	年	月	日

決 裁		
常務理事	事務長	担当

健康保険 任意継続被保険者資格取得申請書

のところに記入してください。

在籍時の 被保険者証の 記号・番号	記 号		番 号		-
任意継続資格取得年月日	平成	年	月	日	資格喪失の際の 標準報酬月額
任意継続資格喪失予定年月日	平成	年	月	日	
資格喪失の際、使用されていた事業所の名称					
納 入 方 法	・毎月払い ・前納払い(3月と9月) いずれかを で囲んでください				

上記の通り、申請します。

三協・立山健康保険組合理事長殿

平成 年 月 日

〒

住所 _____

氏名 _____ 印

生年月日 _____ 昭和 年 月 日

T E L _____

【 受 付 印 】