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

|  |
| --- |
| 健康保険　任意継続被保険者資格取得申請書**※のところを記入してください。** |
|  | **※**在籍時の　被保険者証の　記号・番号 | 記　号 |  | 番　号 |  | 80 － |  |
| 任意継続資格取得年月日 | 令和　　　年　　月　　日 | 資格喪失の際の標準報酬月額 | 千円 |
| 任意継続資格喪失予定年月日 | 令和　　　年　　月　　日 |
| **※**資格喪失の際、使用されていた事業所の名称 | 　　　　　　　　　　　　　　株式会社 |
| **※**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**※**　令和　　年　　月　　日 **※**　〒　　　－**※**　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【　受 付 印　】**※**　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　**印**　**※**　生年月日　昭和・平成 　　年 　　月 　　日 **※**　ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　 |