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