

会社を退社後も三協・立山健康保険組合で健康保険の継続を希望される方は資格喪失後20日以内に提出してください。

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	8 2	番 号	1 0 0 0 0 0	—	
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	千円
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	三協立山アルミ（株）					
※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 ○○県△△市◇◇町1-2

【 受 付 印 】

※ 氏名 三立 太郎  印

※ 生年月日 昭和 ○年 ○月 ○日

※ T E L ○○○-△△△-□□□□