

任継記号番号	処理(決裁)年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	
200 —	任継資格取得年月日	令和 年 月 日				
	任継喪失予定年月日	令和 年 月 日				

健康保険任意継続被保険者資格取得申請書 (汎用)

現資格喪失時	現保険証	記号 000	番号 0000	組合名称	ポーラ・オルビスグループ健康保険組合
	取得年月日(注)	昭・ <input checked="" type="radio"/> 平・ <input type="radio"/> 令	××年×月×日	所属事業所	株式会社○○○
	喪失年月日(注)	平・ <input checked="" type="radio"/> 令	××年×月×日	名称・所在地	東京都品川区西五反田×-×-×
	標準報酬月額	千円			
今後	被扶養者	有・ <input checked="" type="radio"/> 無 (従来と変更: <input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無)		保険料払込方法	毎月払・ <input checked="" type="radio"/> 半年払・年払
<備考>					

(注) 取得年月日は健康保険証に記載してあります。

(注) 喪失年月日は、退職日の翌日を記入。

上記のとおり申請します。

令和 XX 年 X 月 X 日

申請者	住所	(〒 123 - 4567) ○○県△△市□□町123-4			
	(フリガナ)氏名	ケンコウ ハナコ 健康 花子			
	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭・ <input type="radio"/> 平・ <input type="radio"/> 令 XX 年 X 月 X 日			XX才
	固定電話	1234-56-7890	携帯	090-1234-5678	
	メールアドレス	(PC / <input checked="" type="radio"/> 携帯等) abcdef123 @ pqr.ne.jp			

※本申請書に記入していただいたあなたの個人情報は、<記入方法> 6に記載の健康保険業務での利用目的以外には使用しません。

汎用20190501